

Hur kan vi stärka det suicidpreventiva arbetet?

Kartläggning av insatser och lärdomar från samverkansarbete i februari 2026 samt analys och förslag på åtgärder utifrån befintlig samlad kunskap.

Innehåll

Sammanfattning	4
Inledning.....	5
Uppdraget.....	5
Syfte.....	5
Metod	5
Avgränsningar.....	5
Andra pågående utredningar och utvecklingsarbeten	6
Läsanvisningar	6
Författare	6
Bakgrund	7
Kunskaper om suicid och suicidprevention	7
Risk- och skyddsfaktorer	7
Förekomsten av suicid i Gävleborgs län	7
Kluster av suicid och smittoeffekter	8
Suicidpreventivt arbete	8
Ett komplext problem.....	11
Komplexa frågor kräver systemsyn.....	11
Systemledning	12
Befintliga strukturer och rutiner	12
Befintliga rutiner i Region Gävleborg	12
Befintliga rutiner vid Bollnäs kommun och fristående skolor.....	13
Befintliga gemensamma strukturer... ..	13
... och rutiner.....	14
Insatser som genomförts eller initierats	15
Insatser i/vid samverkansmöten	15
Kommunikationsinsatser	15
Verksamhetsnära och förstärkta insatser	15
Pågående eller planerade insatser	16
Lärdomar från insatser och samverkan	16
Analys och förslag på åtgärder	17
En komplex fråga kräver systemsyn.....	17
Dags att omsätta ord till handling	17
Gör efterlevandestöd till en kärnkomponent i suicidpreventivt arbete	18
Inför ett efterlevandestöd i linje med Kalmarmodellen	18
Tydliggör och integrera det förebyggande arbetet i ordinarie verksamhet	19
Stärk kunskaperna om psykisk hälsa och suicidprevention	20
Konkretisera den nationella strategins prioriteringar i verksamheterna	20

Färre och enklare rutiner kan skapa större likvärdighet	22
Utveckla arbetssätt för att nå unga	25
Skapa en länsövergripande struktur	25
Innan åtgärder finns på plats.....	28
Avslutningsvis	29
Bilaga 1: Vad vet vi om förekomsten av suicid i Gävleborg?	30
Bilaga 2: Sammanställning insatser	32
Bilaga 3. Sammanställning av intervjuer.....	37
Referenser.....	54

Sammanfattning

Suicid kan drabba alla människor i samhället och förebyggande arbete för att motverka suicid är en fråga för alla samhällsaktörer: regioner, kommuner, myndigheter och civilsamhälle.

Suicidförebyggande arbete handlar både om att arbeta för goda livsvillkor på samhällsnivå; att främja skyddande faktorer så som trygga miljöer och relationer där människor bor, verkar och lever; att välfärdens verksamheter är tillgänglig, säker och inkluderande; och att stöd ges tidigt till den som behöver.

Suicidförebyggande arbete är brett, och behöver riktas till så väl den breda befolkningen som riskgrupper och individer i behov av stöd.

Därför behöver suicidförebyggande arbete ses utifrån med en systemsyn där systemets alla delar bidrar till en gemensam helhet. Ansvar för suicidförebyggande arbete ligger inte på en enda verksamhet eller aktör, utan är allas gemensamt. För att underlätta det gemensamma ansvaret och för att på ett bra vis se och förstå var och ens bidrag och roll är en länsövergripande struktur från strategisk beslutande till utförare på verksamhetsnivå. Alla aktörer som har ansvar och roller i arbetet, så som region, länets kommuner, länsstyrelse, polis, räddningstjänst och civilsamhälle, bör ingå.

Själva arbetet är dock inte enbart gemensamt. Det förebyggande arbetet behöver vara integrerat i och genomförs i de ordinarie verksamheterna. Som en del av det ordinarie uppdraget i förskola, skola, hemtjänst, samhällsplanering och fritidsverksamheter likväl som vid hälsocentraler, barnavårdscentraler, mödravårdscentraler, specialiserad vård, i arbetslivet så väl som i föreningslivet. För detta krävs kunskaper, en aktiv ledning som skapar förutsättningar för förändrade arbets- och förhållningssätt och konkretisering av hur arbetet ska göras hos varje verksamhet.

Ett välfungerande efterlevandestöd, som både kartlägger riskpersoner i den avlidna personens närhet och ger stöd både i ett akut och i ett långsiktigt skede är en central suicidpreventiv insats för att förhindra fler fall av suicid. En så kallad smittoeffekt betyder inte att suicid "smittar" eller att en person kopierar en annan persons handling rakt av. Smittoeffekt är också beroende av brist på skyddsfaktorer eller ansamling av riskfaktorer för suicid. Ett långsiktigt förebyggande arbete är alltså av vikt även för att förhindra spridning av suicid.

Åtgärder föreslås inom tre centrala områden: efterlevandestöd; förebyggande arbete integrerat i verksamheter och en länsövergripande struktur. Utifrån det samlade kunskapsläget möter dessa behoven av ett starkt långsiktigt suicidpreventivt arbete, och behoven av att kunna hantera ett akutläge med oro eller risk för smittoeffekt.

Inledning

I februari 2026 sammankallades funktioner från verksamheter vid Bollnäs kommun, Region Gävleborg, polisen och skolor belägna i Bollnäs kommun till en samverkansgrupp. Detta gjordes utifrån ett flertal dödsfall i suicid bland unga inträffat under en kort tidsperiod. Det fanns en oro för att fler fall av suicid och för måendet bland unga.

Uppdraget

I slutet av februari beslutade samverkansgrupperingen att insatser som genomförts och lärdomar som dragits sedan samverkansgrupperingen initierades skulle kartläggas och förslag till förstärkt förebyggande arbete skulle föreslås.

Syfte

Att genom en kartläggning och analys dra lärdomar av genomförda insatser samt bedöma hur föreslagna förbättringar kan stärka det förebyggande arbetet och minska risken för liknande händelser i framtiden.

Övergripande frågor för utredningen har varit: Vad har vi lärt oss av det som genomförts? Hur kan vi stärka det förebyggande arbetet utifrån dessa lärdomar och befintlig samlad kunskap?

Metod

För att besvara syfte och övergripande frågor har:

- Intervjuer genomförts med 22 personer. Intervjupersonerna har samtliga deltagit i samverkansgruppen och representerar olika verksamheter från Region Gävleborg, Bollnäs kommun, Polismyndigheten och skolor. Intervjuerna var semistrukturerade och tog utgångspunkt från en intervjuguide. Intervjuerna genomfördes av fyra olika personer som alla använde samma mallar för anteckningar och dokumentation.
- Genomgång av rutiner vid Bollnäs kommun och Region Gävleborg genomförts.
- Genomgång av kunskap från forskning och nationella strategier för suicidprevention genomförts.
- Analys av ovanstående delar genomförts med avsikt att identifiera avgörande faktorer för suicidpreventivt arbete.

Avgränsningar

Uppdraget är avgränsat till de insatser som genomförts utifrån den samverkansgrupp som startades. Uppdraget fångar inte insatser som genomförts innan samverkansgruppen initierats eller som initierats av egen verksamhet eller verksamhet som inte ingått i samverkan.

Uppdraget är avgränsat till de lärdomar som samverkansgruppen dragit utifrån genomförda insatser, och fångar inte värdering av utfall eller effekter av insatserna. Utredning av insatser i olika individuella fall ingår inte inom ramen för detta uppdrag. Uppdraget fångar inte lärdomar från andra än de som ingått i samverkansgruppen, exempelvis efterlevandes.

Andra pågående utredningar och utvecklingsarbeten

Parallellt med denna utredning har andra utredningar och utvecklingsarbeten initierats eller genomförts, några av dessa är:

- Region Gävleborg ska när en person med vårdkontakt avlidit av suicid genomföra en avvikelse/utredning. Sådana avvikelser har initierats under samma period som den framförliggande rapporten tagits fram.
- Akuten vid Bollnäs sjukhus genomför en händelseanalys i sin verksamhet för att utreda vad som gjorts och vad som kan göras bättre. Utifrån händelseanalysen önskar de identifiera utvecklingsåtgärder.
- Inom Hälso- och sjukvårdsnämnden, Region Gävleborg bereds ett beslut om att utredning ska genomföras vid varje suicid.
- Översyn görs av de gemensamma rutinerna för krisstöd vid Bollnäs kommun, Söderhamns kommun och Ovanåkers kommun. Detta var beslutat att genomföras redan innan beslut om utredningen för den framförliggande rapporten.

Läsavisningar

Framförliggande rapport är uppbyggd av fyra delar:

- en inledning som beskriver uppdraget (detta avsnitt);
- en kunskaphöjande bakgrund och nulägesbeskrivning som sätter kontexten;
- en sammanfattande beskrivning av insatser och lärdomar från samverkansarbetet som initierades i februari;
- ett avslutande analysavsnitt med åtgärdsförslag.

Begrepp som förekommer

Prevention och förebyggande arbete är synonymer till varandra och i rapporten blandas dessa. I löptext används företrädevis begreppet förebyggande av suicid, men i de fall vi hänvisar till exempelvis rapporter, rutiner, namn på funktioner och organisationer används ordet suicidprevention.

Tre bilagor kompletterar rapporten:

- Bilaga 1 ger en sammanfattande beskrivning av förekomsten av suicid i Gävleborgs län;
- Bilaga 2 är en sammanställning av de insatser som genomförts
- Bilaga 3 är en sammanställning av de intervjuer som genomförts för att beskriva lärdomar som dragits. Bilaga 3 har utgjort *en del* av det samlade underlaget som ligger till grund för den analys och de åtgärdsförslag som presenteras i denna rapport.

Författare

Utredningen har genomförts och sammanställts av sakkunniga inom psykisk hälsa; suicidprevention; folkhälsa och preventionsarbete vid Utvecklingsenheten, Bollnäs kommun; Avdelning Strategi, finansiering och folkhälsa, Region Gävleborg samt Ledningsstöd Hälso- och sjukvårdens gemensamma resurser, Region Gävleborg.

Bakgrund

Kunskaper om suicid och suicidprevention

Risk- och skyddsfaktorer

Suicid kan drabba människor i alla delar av samhället, oavsett bakgrund eller livssituation. Varje fall av suicid är en djup tragedi som drabbar inte bara den avlidne utan också de närstående och det omgivande samhället. De efterlevande löper själva en ökad risk för psykisk ohälsa och suicid, vilket understryker behovet av riktad stöd och förebyggande insatser även för denna grupp.

Forskning och nationella riktlinjer visar att suicid ofta är en konsekvens av ett omfattande och långvarigt lidande. Ett lidande som kan ha orsakats av svår sjukdom (såväl psykisk som fysisk) eller av olika trauman och stressfyllda livshändelser där individens behov överstiger det stöd som samhällets skyddsnät förmår att erbjuda. När flera centrala skyddsfaktorer saknas, de vill säga förhållanden som stärker individens motståndskraft mot psykisk ohälsa, så kan individen befinna sig i en situation där handlingsutrymmet upplevs som starkt begränsat och alternativa lösningar blir svåra att urskilja. Riskfaktorer är omständigheter som ökar sårbarheten, såsom brist på socialt stöd, förluster eller isolering. Skyddsfaktorer är exempelvis stödjande relationer, god självkänsla och förmåga att söka hjälp. Skyddsfaktorer stärker motståndskraften och minskar risken. Balansen mellan riskfaktorer och skyddsfaktorer påverkar hur en person klarar svåra livssituationer.

Förekomsten av suicid i Gävleborgs län

Det finns en strukturellt förhöjd suicidnivå i Gävleborgs län, jämfört med riket som helhet. Den stora merparten av suicid drabbar män (omkring 70 %) och det är vanligare förekommande bland medelålders till äldre, än bland yngre. Högst suicidtal återfinns i åldersgruppen 45–64 år. Se bilaga 1 för mer beskrivning.

Journalgranskning av samtliga suicid i Gävleborgs län år 2023–2024 visar att den stora majoriteten av personer som suiciderat under dessa år har haft kontakt med hälso- och sjukvården. Omkring hälften av individerna ingår dessutom i gruppen om 5 % av alla patienter som har flest vårdkontakter totalt i länet. Utöver detta har flertalet av de avlidna haft en omfattande läkemedelsförskrivning, från flera enheter. Se bilaga 1 för mer beskrivning.

Ansamling av riskfaktorer i Gävleborgs län föranleder extra bredd av insatser

Goda socioekonomiska förutsättningar fungerar som skyddsfaktorer, medan sämre förutsättningar innebär fler riskfaktorer som kan förstärka varandra. När skyddsfaktorer saknas blir sårbarheten större.

Livsvillkoren i Gävleborgs län avviker negativt från riksgenomsnittet, vilket påverkar både vuxnas och ungas hälsa och framtidstro. Länet har högre arbetslöshet, lägre utbildningsnivå, svagare ekonomi och högre andel barnfattigdom än landet som helhet. Skillnaderna inom länet är stora, och vissa kommuner och områden har betydligt större social och ekonomisk utsatthet. Bollnäs kommun är en av 30 kommuner i landet med särskilt stora socioekonomiska utmaningar.

Kön, ekonomi och hälsa påverkar hur unga upplever sin vardag. I en färsk undersökning om hur ungdomar har det i Gävleborg¹ uppger de flesta att de är nöjda med livet och ser positivt på sin framtid. Samtidigt finns tydliga skillnader mellan olika grupper, till exempel när det gäller självskattad hälsa, trygghet och fritid. Men 20–24 procent av de unga i länet uppger att de inte haft råd att delta i aktiviteter eller köpa sådant som jämnåriga har. Denna andel av de unga rapporterar också oftare lägre framtidstro, är mindre nöjda med sin fritid och upplever fler otrygga situationer.

Ansamlingen av riskfaktorer i Gävleborgs län visar att stärkta livsvillkor och skyddsfaktorer är centrala delar i det suicidpreventiva arbetet.

Kluster av suicid och smittoeffekter

Suicidkluster är en ansamling av suicid eller suicidförsök som inträffar tätare än förväntat i tid, rum eller sociala nätverk. De kan ses i statistiken som en ovanlig ansamling av fall, det kan handla om flera fall inom samma sociala nätverk eller vid relationer mellan människor och de kan påverkas av hur vi pratar och kommunicerar om suicid. De är ovanliga men de kan få stora konsekvenser genom ökad oro och risk för ytterligare suicid.

En central mekanism är smittoeffekter (suicidkontagion), där social inlärning, normalisering och identifikation med den avlidne kan göra suicid till ett tänkbart handlingsalternativ. Särskilt i nära sociala sammanhang.

En smittoeffekt betyder inte att suicid "smittar" på samma sätt som en influensa eller annan sjukdom. Det betyder inte heller att någon bara kopierar en annan persons handling rakt av. I stället handlar det om att personer som redan mår dåligt – till exempel har depression, ångest, tidigare försökt ta sitt liv eller är ensamma kan få sina problem och känslor förstärkta när de påverkas av ett annat suicid. Då kan risken för eget suicidförsök öka.

Kommunikationens betydelse

Kommunikation är en av de mest avgörande faktorerna för om smittoeffekter uppstår eller förstärks. Forskning (Folkhälsomyndigheten, artikel 23238) visar att intensiv och oansvarig medierapportering, särskilt sådan som innehåller detaljer om metod och plats, eller som romantiserar och förenklar suicid kan leda till mätbara ökningar i suicidtal. Samtidigt finns en skyddande motbild, där ansvarsfull kommunikation som lyfter hjälp, hopp och återhämtning kan bidra till minskad risk.

Denna dubbelhet förstärks i dagens digitala medielandskap, där sociala medier snabbt kan sprida både skadliga och stödjande budskap, och där algoritmer kan öka exponeringen för sårbara individer.

Suicidpreventivt arbete

Suicidpreventivt arbete innebär både långsiktigt arbete och snabba åtgärder när risken är akut. Det långsiktiga arbetet fokuserar på att minska riskfaktorer och stärka skyddsfaktorer genom trygga uppväxtvillkor, hälsofrämjande miljöer och tidiga stödinsatser. I akuta situationer handlar det om att fort identifiera risk, ge omedelbart stöd och säkerhet samt mobilisera professionella och närstående.

¹ Lokal uppföljning av ungdomspolitiken (LUPP), 2025.

Kunskap från forskning och nationella strategier

År 2025 beslutades en nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention: *Det handlar om livet*. Strategin har tagits fram i bred samverkan av nationella myndigheter och i samråd med regioner, kommuner och civilsamhälle. Visionen är ett samhälle som främjar god och jämlik psykisk hälsa och där ingen hamnar i en så utsatt situation att suicid upplevs som enda utvägen. Strategin slår fast att förebyggande av suicid är en folkhälsofråga som kräver brett, samordnat och långsiktigt arbete mellan stat, regioner, kommuner, skola, arbetsliv och civilsamhälle och som baseras på forskning och beprövad erfarenhet. Strategin tydliggör alla samhällsaktörers gemensamma ansvar och vikten av ett förebyggande arbete samt vikten av en tydlig organisation för det.

Svenska myndigheter (Socialstyrelsen) betonar att förebyggande av suicid är ett ansvar för hela samhället där flera aktörer och sektorer behöver samverka. Samtidigt framhålls att arbetet behöver bedrivas systematiskt och integreras i ordinarie verksamhet, inklusive ledningssystem, rutiner och uppföljning, för att bli långsiktigt effektivt.

En viktig förutsättning för framgång i arbetet är att det finns en tydlig gemensam struktur och en samsyn i vem som gör vad och vem som har vilket ansvar. Det behövs med andra ord både stuprör och en helhet. Varje verksamhet behöver göra sitt, men det måste också vara tydligt vad respektive del gör och att det bidrar till en helhet.

En annan viktig förutsättning är att det finns sakkunniga på plats. Det behövs någon att luta sig mot när den egna kompetensen inte är tillräcklig, och det behövs någon som kan hålla ihop helheten. Detta behöver vara utpekade personer med ansvar och mandat.

Suicidanalysutredningen *Livsviktigt lärande - fler vägar till kunskap för att förebygga suicid* bidrar med fördjupad kunskap och konkreta förslag på hur vi kan lära av genomförda suicid för att förhindra framtida fall. Centrala förslag från utredningen är obligatoriska utredningar av alla suicid hos barn, tematiska granskningar av suicid hos vuxna och förbättrad kunskapsdelning mellan myndigheter. Utredningen lyfter också behovet av lokala suicidpreventiva analyser och vikten av samordning av insatser samt bristen på ett sammanhållet och likvärdigt efterlevandestöd.

Sammanfattningsvis: Forskning och den nationella strategin visar sammantaget att det förebyggande arbetet framförallt behöver konkretiseras och integreras i varje verksamhet. Det behöver tydliggöras, det behöver finnas med i planeringen av verksamheten (och budgetering) och det behöver följas upp oavsett om verksamheten sysslar med vård, skola, omsorg, kultur och fritidsverksamheter, samhällsplanering eller HR-frågor. Samtliga bidrar till det suicidpreventiva arbetet.

Ett arbete för flera - på olika nivåer

Orsakerna bakom suicid är komplexa och finns i många delar av människors liv; hur personen mår inuti, vilken situation hen lever i och hur samhället runt omkring ser ut. Att förebygga suicid är därför ett gemensamt ansvar och behöver finnas i alla delar i samhället. När kommuner, regioner, myndigheter, civilsamhälle och andra samhällsaktörer arbetar tillsammans skapas ett brett och effektivt förebyggande arbete. Kommunens verksamheter möter invånare i vardagen och kan arbeta med tidiga insatser och trygga miljöer. Hälso- och sjukvården har en central roll i att upptäcka och behandla psykisk ohälsa. Civilsamhället erbjuder stöd, kunskap, samvaro och meningsfullhet och når ofta grupper som annars riskerar att hamna utanför. Suicidpreventivt arbete handlar både om att ge stöd till personer som mår dåligt och se till att vården är säker och

tillgänglig, men också om att skapa samhällsmiljöer som minskar tillgången till suicidmetoder och som främjar goda livsvillkor. Det är just bredden; att många aktörer agerar samtidigt och i samma riktning, som gör att suicidpreventivt arbete får god effekt.

Det förebyggande arbetet brukar beskrivas utifrån tre nivåer:

- *Den universella nivån* riktar sig till hela befolkningen. Målet är att stärka det psykiska välbefinnandet och minska risken att någon hamnar i en allvarlig kris.
- *Den selektiva nivån* riktar sig till grupper som löper större risk att må psykiskt dåligt eller få suicidtankar, till exempel ungdomar som blivit mobbade, personer i områden med ekonomisk utsatthet, yrkesgrupper som ofta möter svåra situationer, till exempel blåljuspersonal.
- *Den indikerade nivån* handlar om individer som redan visar tecken på psykisk ohälsa eller suicidtankar. Det kan vara någon som drar sig undan och isolerar sig, uttrycker stark hopplöshet, pratar om att inte orka längre eller inte vilja leva.

Tillsammans bildar dessa tre nivåer ett sammanhängande system där förutsättningar för psykisk hälsa i hela samhället, som skyddar grupper med högre risk och som tidigt fångar upp individer som börjar må dåligt.

Forskning om förhindrande av spridning

Vid risk för spridning av suicid krävs ett snabbt agerande med fokus på att förhindra fler fall av suicid. Världshälsoorganisationen (WHO) och Centers for Disease Control and Prevention (CDC) betonar vikten av ett strukturerat och proaktivt arbetssätt. En central princip är att åtgärder inte behöver invänta statistisk bekräftelse av spridning: även misstanke eller upplevd oro kan motivera insatser.

Att identifiera berörda riskgrupper, samla relevanta aktörer och erbjuda riktat psykosocialt stöd är rekommenderat enligt forskningen. Kommunikation behöver hanteras varsamt för att undvika detaljer som kan trigga ytterligare suicid. Situationen bör följas noggrant över tid för att säkerställa att stödinsatser når fram och att risken för spridning minskar.

Forskning menar vidare att effektivt arbete för att förebygga spridning bygger på tre huvudkomponenter:

- För det första krävs förberedelse genom etablering av en tvärspektoriell samordningsgrupp med mandat att agera snabbt, där aktörer från hälso- och sjukvård, kommun, skola och civilsamhälle ingår.
- För det andra behövs en tidig och samordnad respons vid signaler, där dataanalys kombineras med lokal lägesbild och riktade stödinsatser sätts in i riskmiljöer, särskilt skolor och sociala nätverk.
- För det tredje krävs ett långsiktigt förebyggande arbete som adresserar bakomliggande strukturella faktorer såsom sociala villkor, normer kring hjälpsökande och tillgång till stöd och vård.

Genom hela processen är kommunikation en central intervention, inte enbart ett stöd. Hur suicid beskrivs och diskuteras påverkar risken för suicid.

Sammanfattningsvis visar kunskapsläget att suicidkluster uppstår i ett komplext samspel mellan social exponering, kommunikation och individuell sårbarhet. Effektivt

förhindrande arbete kräver därför både snabb mobilisering och långsiktiga insatser som minskar sårbarhet och stärker skyddande faktorer i befolkningen.

Ett komplext problem

Suicidprevention är komplext. Komplexa frågor innebär att det till frågan finns många olika perspektiv eller faktorer att ta hänsyn till och flera ömsesidiga beroenden. Frågor där individer, organisationer och/eller andra frågor är sammanvävda med varandra gör dem svåra att överblicka. Det är komplext.

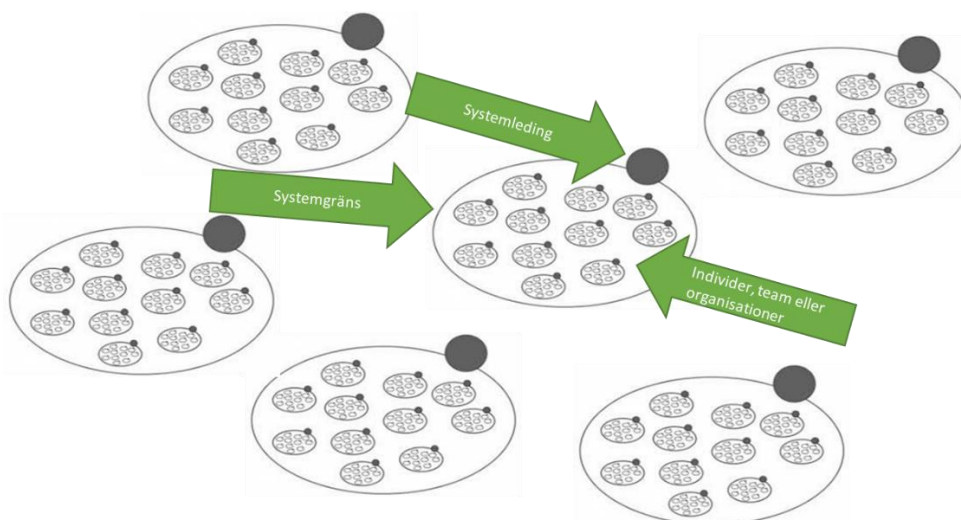
Det är många faktorer som påverkar ett suicidpreventivt arbete. Allt ifrån vad som händer i världen, vad som händer i människors liv, till livsvillkor, levnadsförhållanden och beteenden påverkar.

Komplexa frågor kräver systemsyn

Komplexa frågor behöver förstås utifrån en systemsyn. Systemsyn är att med ett helhetsperspektiv förstå en komplex helhet. Det handlar om att se hur olika delar samverkar, relaterar och påverkar varandra, till skillnad mot att bara se isolerade delar: en orsak, ett problem, en lösning. Systemsyn är att se hur olika verksamheter både inom sina egna uppdrag och tillsammans med andra bidrar, till skillnad mot att lägga ansvaret på en enda verksamhet eller aktör.

En systemsyn innebär också att se hur olika verksamheter bidrar, både inom sina egna uppdrag och tillsammans med andra. Ansvaret läggs då inte på en enda verksamhet eller aktör, utan förstås som något gemensamt. På så sätt kan systemsyn bidra till ett annat sätt att se på ansvar. Det blir också tydligare att varje verksamhets bidrag till det förebyggande arbetet inte behöver vara komplext eller ens särskilt svårt. Det viktiga är att var och en ser sin del i helheten och bidrar utifrån den.

Det finns en poäng med att även vid systemsyn tydliggöra ansvar och roller. Inte för att skapa gränser mellan olika funktioner och organisationer, utan för att skapa rätt förutsättningar för det gemensamma ansvaret för det systemet finns till för. Genom att fokusera på gemensamt ansvar och flexibla ansvarsområden går det att undvika överlappande uppgifter – och att lösa problem på ett effektivare sätt.



Figur 1: Klara Palmberg Broryds förenklade bild för att illustrera komplexa system, och system i systemen.

Systemledning

En systemledning består av ledare som tillsammans ansvarar för helheten i ett system.² Systemledningens uppdrag är att skapa förutsättningar för aktörerna i systemet att fungera och leverera utifrån sina uppdrag - och i samspel med andra.

Systemledningen ska främst fokusera på mål, uppföljning och lärande: Vad ska åstadkommas? Hur går det? Vad behöver förändras? Samt skapa utrymme för reflektion. Själva genomförandet bör däremot lämnas till respektive aktör eller verksamhet.

Befintliga strukturer och rutiner

Befintliga rutiner i Region Gävleborg

Rutiner vid dödsfall

Vid genomgång av tillgängliga befintliga rutiner i Region Gävleborgs ärendehanteringssystem återfinns ett stort antal rutiner som rör dödsfall, väntade och oväntade, avseende både barn- och ungdomar samt vuxna. Dessa rutiner särskiljer inte dödsfall relaterade till suicid, och alla utom en av dem är specifika för specifika verksamhetsområden. Rutinerna beskriver bland annat ansvar och roller avseende stöd till anhöriga och efterlevande, stödet rör i första hand det akuta skedet.

Det finns en regionövergripande rutin: *Dödsfall - Oväntat dödsfall i hemmet eller på allmän plats, omhändertagande och anhörigstöd*. Rutinen beskriver hantering och ansvarsfördelning mellan aktörer (exempelvis polis, ambulans, akut och familjeläkare) vid dödsfall som bedöms som naturlig respektive inte naturlig död. Hantering och ansvarsfördelning skiljer sig om den avlidna är ett barn eller en vuxen; om dödsfallet inträffar på jourtid eller inte. Rutinen beskriver bland annat att familjeläkaren, eller under jourtid: familjeläkare i beredskap, ansvarar för att anhöriga ges information; erbjuds akut stöd samt efterlevandesamtal.

Rutinen fokuserar på formalia och kontaktvägar. Rutinens beskrivning av omhändertagande av anhöriga är framförallt en beskrivning av administrativa insatser som ska göras. Däremot ger rutinen ingen vägledning kring hur stödet bör utformas eller vad det ska innehålla.

Rutiner vid suicid

Vid genomgång av rutiner som berör suicid identifieras tre rutiner; två vårdprogram; en metodbeskrivning; tre formulär; fem checklistor; samt fem beskrivningar. Samtliga dokument utom två tillhör Vårdområde Vuxenpsykiatri samt Barn- och ungdomspsykiatri (där Habilitering samt Familjehälsa ingår).

En av dessa dokument är den regionövergripande rutinen *Suicidnära patients omhändertagande inom primärvård och somatisk specialistvård - Region Gävleborg*. Rutinen är en övergripande rutin som beskriver omhändertagande och handläggning av suicidnära patient, såväl vuxna som barn och ungdomar. Den tar sin utgångspunkt i en identifierad suicidrisk, och fokuserar på remittering till psykiatrisk bedömning eller vård. Rutinen ska vara ett stöd till familje- och jourläkare, sjuksköterskor och annan

² Om systemet finns inom en enskild organisation är det ofta en ledningsgrupp. Om det är flera olika organisationer som samspelar behöver systemledningen bestå av ledare från samtliga samspelande organisationer.

vårdpersonal där någon misstänker eller upptäcker en suicidnära patient. Rutinen är omfattande. Förteckningen över kontaktvägar saknar aktuella telefonnummer. Rutinen innehåller ingen beskrivning av nivåstrukturerade insatser, krisplaner eller liknande. Det saknas referenser eller hänvisningar till de psykosociala teamens kompetens, uppdrag och insatser.

Vårdområde Vuxenpsykiatri samt Vårdområde Barn- och ungdomspsykiatri har vårdprogram som beskriver riskfaktorer, bedömning samt åtgärder vid suicidrisk. Kompletterat till vårdprogrammen finns också bedömningsinstrument, checklistor samt instruktioner till stöd för bedömning och dokumentation.

Vårdprogrammet *Vuxenpsykiatrins vårdprogram, Suicid – Åtgärder vid fullbordat suicid* beskriver åtgärder som ska genomföras när den avlidne har pågående vård och behandling inom vuxenpsykiatri. Även i vårdprogrammet *Suicidprevention vid VO Barn- och ungdomspsykiatri* finns avsnitt om efterlevandestöd. I dessa rutiner hänvisas till externa verksamheter och deras stöd.

För vårdområde Primärvård återfinns inga rutiner som berör suicid i det gemensamma dokumentsystemet. Hälsovalskontoret hänvisar till Samverkanswebben. Där återfinns ett kliniskt kunskapsstöd: *Suicidriskbedömning - 1177 för vårdpersonal*. Kunskapsstödet ger ingen beskrivning av eller hänvisning till referenser för lokala arbetssätt eller strukturer.

Befintliga rutiner vid Bollnäs kommun och fristående skolor

Vid genomgång av tillgängliga befintliga rutiner inom de kommunala skolorna och de fristående skolorna identifieras en rutin vid fullbordat suicid (kommunala skolor) samt ett antal handlingsplaner vid kris och katastrof; dödsfall/elev; självmord/elev; samt elev som mister nära anhörig (privata skolor). Rutinen respektive handlingsplanerna beskriver bland annat tillsättning av krisgrupp, hur/vilken information som kan delas till olika målgrupper, samt beskriver varsamhet/lyhördhet gentemot anhöriga. De beskriver även hur uppföljning och samtal ska ske med klassen och att vara observant på reaktioner från klasskamrater. I privata skolors handlingsplaner finns även skrivning vad gäller klasstöd/-debriefing och att vid behov inrätta ett särskilt samtalsrum för elever och personal där krisgrupp kan medverka. Vem/vilka som ska ansvara för de olika delarna framgår av samtliga dokument.

Vid Socialförvaltningens verksamheter identifieras en rutin för självmord; en rutin för suicidrisk; en rutin för hantering av suicidalt beteende, självmordsrisk och suicid; samt en checklista vid suicidförsök. Dessa beskriver bland annat riskfaktorer; vårdplanering; när en läkare eller annan vårdpersonal ska kontaktas; vilka frågor som kan ställas vid suicidrisk; samt hur agera vid ett akut/icke akut fara. En beskriver även att anhörigstöd kan kontaktas vid behov.

Befintliga gemensamma strukturer...

Det finns många aktörer i Gävleborgs län som kan bidra till god och jämlik hälsa för länets invånare och flera samverkansstrukturer mellan aktörer som är viktiga i det suicidpreventiva arbetet, både när det gäller långsiktigt arbete och mer akut läge. Det gäller exempelvis politiska nätverk som Nätverk för strategiskt folkhälsoarbete i Gävleborg och kommunsamråd, chefsforum för samverkan så som Arena för social kunskapsutveckling (ASK) och Regional mötesplats för social hållbarhet samt kollegiala forum för samverkan som brottsförebyggande nätverket och Länsstyrelsens regionala nätverk för Våld i nära relationer (VINR).

Länsledning Vårld är en strategisk samverkansledning bestående högsta chefer inom socialtjänst och utbildning i länetts kommuner samt från hälso- och sjukvården i Region Gävleborg. Denna samverkansledning ansvarar för gemensamma utvecklingsfrågor inom verksamhetsområdena skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård i Gävleborgs län. Övergripande mål för det gemensamma arbetet är att utveckla samverkans- och samarbetsformer för ett effektivt resursutnyttjande.

Däremot finns det ingen aktör som har ett samordningsansvar för det breda förebyggande folkhälsoarbetet eller de suicidpreventiva frågorna på länsnivå och det finns flera kontaktytor som saknas idag:

- Det finns inget utparbetat samarbete mellan hälso- och sjukvård och blåljusorganisationer med artikulerad ansvarsfördelning vid suicid.
- Det finns inget utparbetat samarbete mellan hälso- och sjukvård och kommun med artikulerad ansvarsfördelning vid suicid.

... och rutiner

Det finns ett stort antal program, strategier och planer som styr arbetet för god och jämlik hälsa i Gävleborg både på regional och på lokal nivå. För det suicidpreventiva arbetet finns en regional handlingsplan som bygger på den tidigare nationella strategins målområden. Planen är däremot inte beslutad på någon nivå och ingen aktör har i uppdrag att följa upp arbetet med planen i sig. Den bör därför inte ses som en handlingsplan per se utan som ett dokument med beskrivning av både pågående insatser och framtagna behov av aktiviteter, ofta i samverkan mellan flera aktörer.

Ett arbete med att tydliggöra roller och ansvar i länet för arbetet med förebyggande av suicid resulterade i informationen på webbsidan Vårdförlopp suicidprevention³ där stöd, rutiner och kontaktyvägar samlats för det förebyggande arbetet, vid tidig upptäckt, vid vård och behandling samt för det stöd som finns för bland annat anhöriga.

I akuta lägen finns rutiner när det gäller kris och beredskap, både inom Region Gävleborg och i Bollnäs kommun. Rutinerna utgår från en organisation som bygger på en särskild krisledning där tjänsteman i beredskap har en viktig samordnande funktion. Vanligtvis hanterar de separata organisationerna akuta kriser internt, men om behov av samverkan mellan flera aktörer krävs är Länsstyrelsen i Gävleborg ansvariga för att initiera den.

³ [Vårdförlopp suicidprevention - Region Gävleborg](#)

Insatser som genomförts eller initierats

Bilaga 2 sammanställer de insatser som genomförts eller initierats av samverkansgruppen. Nedan beskrivs dessa i korthet. Det handlar om olika samverkansinsatser, kommunikationsåtgärder samt verksamhetsnära och förstärkta stödinsatser. Syftet med bilaga 2 är att ge en översikt av vad som gjordes, utan att återge varje enskild aktivitet i detalj.

Insatser i/vid samverkansmöten

- Intern kartläggning genomfördes av kommunchefen och regiondirektören för att identifiera berörda aktörer och behov av samverkan.
- Återkommande samverkansmöten genomfördes inledningsvis mellan kommun, region, polis, skola och andra berörda aktörer för att skapa gemensam lägesbild, samordna preventiva insatser och hantera gemensam kommunikation.
- Informationsspridning skedde främst genom informationsbärare från samverkansgrupp till verksamheter, men också på befintliga forum som till exempel Länsledning Vårld och Region Gävleborgs ledarforum.
- Arbetet fortsatte i styrgruppsmöten och en gemensam utredning mellan kommun och region påbörjades med fokus på insatser och lärdomar inför fortsatt förebyggande arbete.

Kommunikationsinsatser

Snabbt genomfördes gemensamma kommunikationsinsatser som riktade sig till unga, närstående, personal och allmänhet.

Exempel:

- Gemensamma kommunikationsinsatser genomfördes för att tydliggöra vart unga, närstående och andra berörda kunde vända sig för stöd.
- Kontaktblad och informationsmaterial togs fram eller spreds, bland annat med hänvisning till kontaktvägar in mot vård och stöd samt nationellt stöd.
- Gemensamt uttalande och samordning kring medichantering användes för att ge en enhetlig och varsam kommunikation.
- Information spreds även via sociala medier, interna kanaler och planerade informationsmöten med skola, elevhälsa och andra verksamheter.

Verksamhetsnära och förstärkta insatser

Många av de insatser och aktiviteter som genomfördes i samband med samverkansgruppen, handlade om att förstärka den egna verksamheten eller genomföra förstärkta aktiviteter.

Exempel:

- Närvaron förstärktes på platser där unga vistades genom samordning mellan exempelvis fältverksamhet, polis, socialtjänst och andra aktörer.
- Stödande aktiviteter genomfördes i anslutning till redan planerade eller särskilt initierade mötesplatser för ungdomar som förlängda öppettider eller tillgängliggörande av lokaler.

- Verksamheter inom vård för barn och unga med psykisk ohälsa genomförde dagliga avstämningar och förstärkte tillgängligheten genom omprioriteringar, krisstöd, enskilda samtal, anpassade tider och digitala kontaktvägar.
- Kompetenshöjande insatser genomfördes av kommunen, bland annat Mental Health First Aid utbildning för fritidsledare och uppmaning till personal att vara uppmärksam på tecken på psykisk ohälsa bland unga. (I Sverige kallat Första hjälpen till Psykisk Hälsa)

Pågående eller planerade insatser

- Arbete med fortsatt föräldrastöd och efterlevandestöd identifierades som ett fortsatt utvecklingsområde.
- Samverkan med externa stödaktörer och planering för fortsatta informations- och stödinsatser pågick under den senare delen av perioden.

Lärdomar från insatser och samverkan

Bilaga 3 sammanställer de intervjuer som genomförts med deltagare från samverkansgruppen. Nedan sammanfattas detta i korthet.

Bilaga 3 ska läsas som ett underlag för fortsatt analys. Bilaga 3 utgör inte en slutlig bedömning av nuläge, målbild eller åtgärdsförslag, utan har varit en del av det samlade underlaget som ligger till grund för den analys och de åtgärdsförslag som presenteras i denna rapport.

Intervjuerna syftade till att fånga deltagarnas upplevelser, iakttagelser och lärdomar av samverkan som skett och arbete som genomförts eller initierats genom denna samverkan.

Sammantaget kan sägas att det finns samstämmighet i att samverkan och framförallt samverkansmötena fungerade bra med tydlig ledning och struktur och att det fanns ett stort engagemang och delat ansvarstagande i grupperingen. Flera av de genomförda insatserna har varit uppskattade.

Det finns också motstridiga uppfattningar om vad som fungerat bra, och det finns svårigheter formulerade. Det finns funderingar kring om det var rätt verksamheter som samverkade och om det var rätt insatser som startades; stöd till efterlevande har saknats; avsaknad av rutiner har uttryckts; och upplevda svårigheter med kommunikation vid suicid tycks inte vara löst.

Lärdomar och förslag till förbättringar som intervjupersonerna för fram handlar om ett upplevt otillräckligt efterlevandestöd; behov av rutiner och kontaktvägar; reflektioner om förutsättningar för förebyggande arbete; fortsatt behov av samverkan; behov av kunskaper; samt verktyg och arbetssätt för att nå ut till unga.

Analys och förslag på åtgärder

Det långsiktiga förebyggande arbetet behöver vara både behovs- och kunskapsbaserat. Arbetet i en akut situation behöver vara personcentrerat och kunskapsbaserat. För att uppnå detta behöver medarbetare vara trygga nog i sina kunskaper och i sina ramar. I den akuta situationen behöver medarbetare kunna hantera situationen och möta individen utifrån dennes behov. I det långsiktiga förebyggande arbetet behöver medarbetaren vara trygg i sin roll, sin del i helheten, och agera från de behov som finns hos målgruppen. Både i det långsiktiga och i det akuta skedet handlar det om att ha tillräckliga kunskaper, tydliga uppdrag och rutiner samt tillgång till verktyg och kontaktvägar som möjliggör och underlättar arbetet.

En komplex fråga kräver systemsyn

Vi tolkar intervjupersonernas beskrivningar som att det fanns en stor portion av systemsyn i samverkansgruppen: man drog åt samma håll och såg sin del i en helhet. Detta är en styrka som kan tas med till det långsiktiga förebyggande arbetet. En gemensam lägesbild, med en samsyn om behov av att agera i samverkan är enligt den samlade kunskapen en nyckel till ett effektivt förebyggande arbete. Tillsammans med tydlig ledning, tydliga rutiner och förutsättningar i form av kunskaper, verktyg och tid, kan det förebyggande arbetet i Gävleborgs län stärkas.

Förebyggande arbete behöver vara behovsbaserat och utgå från kunskaper om målgruppen, riskfaktorer och skyddsfaktorer för hälsa. Detta bekräftas av intervjupersoner som uttrycker behov av en gemensam nulägesbild att utgå ifrån i det förebyggande arbetet och behov av att kunna signalera till varandra om de behov de ser. Samverkan och gemensamma forum är viktiga för att skapa en gemensam lägesbild, och vissa förebyggande insatser kan göras gemensamt. Men forskningen, de nationella målsättningarna och strategierna visar att för att nå bäst effekt behöver det förebyggande arbetet integreras och genomföras i de ordinarie verksamheterna. Det förebyggande arbetet kan inte ligga skilt från det som är verksamhetens ordinarie uppdrag, utan behöver ske löpande i den ordinarie verksamheten, men att det behöver ses med systemsyn: att var och en ser och bidrar med sin del i en helhet.

Dags att omsätta ord till handling

Vi uppfattar att författarna till den statliga utredningen *Livsviktigt lärande* anser att det finns tillräckligt med kunskap inom området, och att de brister som finns omgående kan åtgärdas genom att tillämpa den kunskap som finns idag. Vi gör samma bedömning: huvudmännen i Gävleborgs län behöver ta ett gemensamt ansvar för att förebygga psykisk ohälsa och komma överens om ett gemensamt uppdrag avseende utformning, ansvarsfördelning och uppföljning av det suicidpreventiva arbetet.

Genom att kombinera ett uppsökande efterlevandestöd och ett integrerat förebyggande arbete i varje verksamhet med en gemensam regional struktur för samordning och utbyte av erfarenheter och kunskaper skapas förutsättningar för ett långsiktigt, hållbart och effektivt suicidpreventivt arbete i Gävleborgs län.

Gör efterlevandestöd till en kärnkomponent i suicidpreventivt arbete

Det var oro för smittoeffekt och fler fall av suicid som föranledde att samverkansgruppen skapades. Risken för spridning är allra högst för efterlevande. Sammanställningen av intervjuerna framkommer att bristande kris- och efterlevandestöd inte bara drabbar anhöriga, utan påverkade även de insatser som genomfördes i samverkan. Flera av de svårigheter som intervjupersonerna beskrivit går att härleda till kristöd och efterlevandestöd.

Ett välfungerande efterlevandestöd, som kartlägger riskpersoner i den avlidna personens närhet *och* ger stöd, bör ses som prioriterat för att motverka spridning. Med ett sådant efterlevandestöd hade behov av kartläggning av riskindivider inte uppstått. Det går också att fundera kring om anhörigas önskemål hade tagit lika stor plats i samverkansgruppens prioriteringar om anhöriga hade fått det efterlevandestöd som intervjupersonerna upplever saknades. Med ett sådant tudelat efterlevandestöd och i kombination av en upparbetad länsövergripande struktur (se avsnitt nedan) är vår bedömning att behovet av en samverkansgrupp inte heller hade uppstått.

Inför ett efterlevandestöd i linje med Kalmarmodellen

I Gävleborgs län saknas idag ett organiserat efterlevandestöd efter suicid. Detta trots att forskning visar att nästan alla efterlevande önskar aktiv kontakt från hälso- och sjukvården. Det initiala stödet ges främst av blåljuspersonal på plats; är beroende av enskilda eldsjälur; och ser olika ut i länet. Otydlig lagstiftning och avsaknad av tydligt uppdrag har hindrat proaktiv och uppföljande hjälp, särskilt för efterlevande där den avlidne inte haft kontakt med hälso- och sjukvårdens eller kommuns verksamheter.

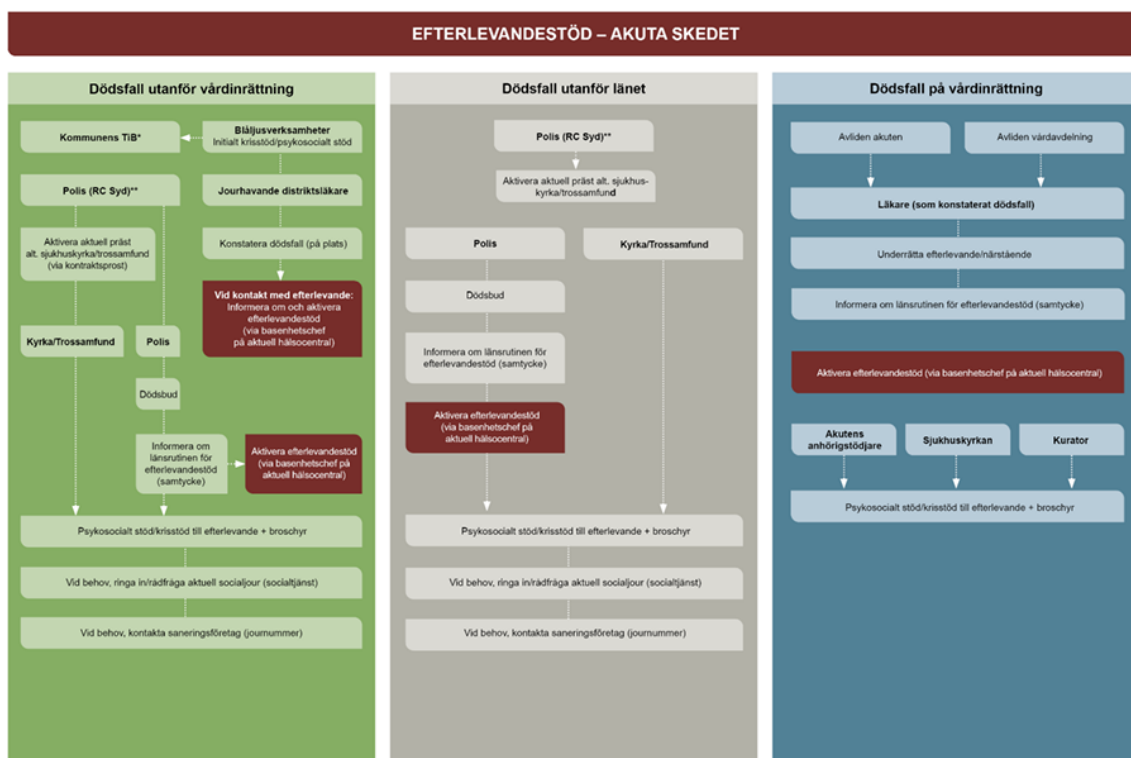
I Kalmar län har en modell för efterlevandestöd tagits fram och framgångsrikt implementerats. Modellen tydliggör roller och ansvar både i det initiala skedet och i det efterföljande. Gävleborgs län skulle med fördel kunna kopiera stora delar av modellen och översätta den till den kontext som passar vårt län.

Förutom tydliggörande av roller, ansvar och kontaktvägar innehåller Kalmarmodellen en lotsfunktion som stöd för efterlevande. För vuxna har hälsocentralen den rollen och för barn och unga utgör personal i skolan lotsfunktion. Stödet handlar både om att ge individuellt stöd efter krisen och att kartlägga relationer och identifiera individer som kan vara i behov av stöd

Modellen innehåller också rutin för att kunna följa antalet fall av suicid i realtid: det finns ett system för säker informationsöverföring så att polis och/eller familjeläkare kan rapportera fall av suicid och behov av efterlevandestöd till chefsläkare. Chefsläkaren ombesörjer att chef på hälsocentral eller skola utser en lämplig lots och ansvarar för att följa utvecklingen.

Kalmarmodellen innehåller även en så kallad Blåljusmall⁴ för enklare överrapportering mellan verksamheter. Även där kan även risker för efterlevande fångas upp, och även denna kan Gävleborg med enkelhet införa efter anpassningar till sin kontext.

⁴ [Rapportmall vid suicidhändelser - Blåljusverksamheter.pdf](#)



Figur 2: Illustration av efterlevandestöd i det akuta skedet. Källa: [Efterlevandestöd vid suicid - Region Kalmar län](#)
[För större figur följ denna länk.](#)

Åtgärdsförslag:

- Inför en modell för efterlevandestöd i Gävleborgs län med utgångspunkt från Kalmarmodellen.
- Underlag till beslut för hur modell för efterlevandestöd i Gävleborgs län bör se ut och hur den ska implementeras tas fram av nuvarande samordningsfunktion för suicidprevention och sakkunnig inom hälso- och sjukvårdsledningen i samverkan med tilltänkta samverkande aktörer.
- Beslut tas av regiondirektör, kommunchefer samt högsta ledning hos övriga samverkande aktörer.
 - Modellen följs upp kontinuerligt.

Tydliggör och integrera det förebyggande arbetet i ordinarie verksamhet

Den samlade kunskapen visar att det förebyggande arbetet behöver integreras i det ordinarie arbetet. I ordinarie verksamheters ordinarie rutiner, handlingsplaner, verksamhetsplaner och verksamhetsuppföljning. Det förebyggande arbetet behöver bli konkret. Det behöver planeras, budgeteras och följas upp där det genomförs: i förskola, skola, hemtjänst, samhällsplanering och fritidsverksamheter likväl som vid hälsocentraler, barnvårdscentraler, mödravårdscentraler, specialiserad vård, på arbetet och i föreningslivet. För att uppnå detta behövs en förståelse för att var och en har ett ansvar; det behövs en bred kompetens om psykisk hälsa och förebyggande av suicid.

Alla behöver inte all kunskap men alla behöver viss kunskap. Kunskap måste vara anpassad efter den verksamhet och nivå där man arbetar.

Stärk kunskaperna om psykisk hälsa och suicidprevention

Kunskap om psykisk hälsa och förebyggande av suicid behöver stärkas hos beslutsfattare och chefer för att det ska bli tydligt vad varje verksamhet har för ansvar och för att de ska kunna möjliggöra arbetet i verksamheterna. Medarbetare behöver grundläggande förståelse för psykisk hälsa, skydds- och riskfaktorer samt mer specifika kunskaper om vilka rutiner, handlingsplaner, kontaktvägar och verktyg (exempelvis samordnad individuell plan; SIP och orosanmälan) som finns. Det handlar även om kunskaper om bemötande av barn och familjer, vilka frågor som är viktiga att ställa - och hur man tar hand om de svar man får. Utbildningsinsatser i sig räcker inte. För att utbildning ska leda till förändring krävs att medarbetare får förutsättningar att arbeta på nya sätt i sin vardag. Ledning behöver skapa utrymme för att dessa förändringar ska kunna genomföras.

Åtgärdsförslag:

- Ta fram och genomför utbildningar om psykisk hälsa och suicidprevention för både ledning och personal hos samtliga aktörer.
 - Utbildningarna är nivåstrukturerade och verksamhetsanpassade.
 - Ledning inom respektive verksamhet säkerställer förutsättningar i form av tid för utbildning och utrymme för att utbildningsinsatser sedan omsätts till nya arbetssätt.
 - Medarbetare förväntas omsätta kunskapen och arbeta utifrån rutiner och arbetssätt integrerade i ordinarie verksamhet.

Konkretisera den nationella strategins prioriteringar i verksamheterna

Den nationella strategin för suicidprevention utgör en övergripande ram för det suicidpreventiva arbetet i hela landet. Den anger mål, delmål samt rekommenderade prioriteringar för olika huvudmän. Vissa prioriteringar kan genomföras i samverkan, men det ersätter inte respektive huvudmans eget ansvar. Genomförandet av strategin ska i huvudsak ske i de ordinarie verksamheterna. Varje huvudman ansvarar för att omsätta strategin och dess prioriteringar i sina egna verksamheter. Varje kommun behöver till exempel analysera hur den nationella strategin relaterar till alla dess uppdrag; kartlägga befintliga insatser och identifiera områden där ytterligare åtgärder krävs.

En ledningsfråga

För att suicidpreventivt arbete ska bli verklighet i ordinarie verksamheter behöver ledning visa riktning, visa att arbetet är viktigt och att det ska prioriteras att göras. Ett sätt att göra det är att efterfråga suicidpreventivt arbete vid verksamhetsanalys, verksamhetsplanering och uppföljning och i dessa årliga processer låta varje verksamhet beskriva sin roll, sitt ansvar och sitt bidrag till det suicidpreventiva arbetet.

För att verksamheter ska kunna *beskriva* sin roll, sitt ansvar och sitt bidrag till det förebyggande arbetet av suicid behöver de få grundläggande kunskaper om psykisk hälsa och suicidprevention. De behöver också få tid avsatt för att formulera och förankra sin beskrivning.

För att verksamheter sedan ska kunna *genomföra* sin roll, sitt ansvar och sitt bidrag till det suicidpreventiva arbetet måste ledning skapa förutsättning genom tilldelning av resurser. Forskning menar att det måste avsättas tid till att fundera hur omställning ska gå till, tid för att testa och tid för att ta in det nya i ordinarie verksamhet.

Åtgärdsförslag:

- Ledning visar riktning: visar att det förebyggande arbetet är prioriterat och tydliggör att det ska göras och efterfrågar att det görs.
- Ledning skapar förutsättningar för förebyggande arbete genom att säkerställa tid och resurser samt strukturerad uppföljning.

Verksamheter analyserar den nationella strategins prioriteringar och konkretiserar dessa i det som styr verksamheten. Detta kan i en kommun exempelvis göras genom att i verksamhetsplanering analysera och formulera:⁵

- Hur kommunen ska säkerställa att alla barn och unga har tillgång till trygga, inkluderande och meningsfulla fritidsaktiviteter. Exempel:
 - Erbjuder fler enkla aktiviteter, särskilt i socioekonomiskt utsatta områden, såsom drop-in verksamheter där inga förkunskaper eller specifik utrustning krävs.
 - Tillsammans med barn/unga genomföra årliga ungdomsdialoger om fritidens utformning.
- Hur kommunens verksamheter aktivt ska bidra till att minska stigma kring psykisk ohälsa genom kunskap, bemötande, delaktighet och inkluderande arbetssätt. Alla invånare ska mötas med respekt och förståelse oavsett psykisk hälsosituation. Exempel:
 - Säkerställa att alla anställda har grundutbildning i psykisk hälsa/ohälsa samt skapa interna forum där brukare och invånare med egen erfarenhet deltar i utvecklingsarbete.
- Hur kommunen systematiskt ska identifiera och åtgärda riskmiljöer i den fysiska miljön, samt ha rutiner för att snabbt hantera rapporter om riskplatser. Exempel:
 - Genomföra årlig kartläggning av riskplatser (broar, höga byggnader, avskilda platser). Samt vid behov installera fysiska hinder, förbättrad belysning eller kameraövervakning där risk identifierats.
- Hur kommunen ska uppnå strukturerade arbetssätt för tidig upptäckt av psykisk ohälsa och livskriser samt ha rutiner för att fråga om mående och agera vid oro. Exempel:
 - Utbilda personal i att upptäcka tecken på psykisk ohälsa och våga fråga om suicidtankar, och säkerställa att kunskap och förutsättningar finns för hur de ska agera. Beroende på verksamhetens/medarbetarens uppdrag och målgrupp ska utbildningen anpassas till grundläggande eller fördjupad nivå.

⁵ Liknande analyser bör göras för samtliga aktörer, här ges exempel enbart från ett kommunalt perspektiv.

Färre och enklare rutiner kan skapa större likvärdighet

Det finns behov av att ta fram, samordna och implementera rutiner för det suicidpreventiva arbetet, krisstöd, vid suicid, vid oro och samverkan. Det är avgörande att rutinerna inte enbart tas fram, utan även förankras och används i praktiken.

Rutiner hos Region Gävleborg

Det finns ett stort antal rutiner, vårdprogram och tillhörande stödmaterial hos Region Gävleborg, både vad gäller dödsfall generellt och vad gäller suicid. Men de är inte sammanhållna och de skapar skillnader beroende på om dödsfallet sker på allmän plats eller inom sjukhuset, på jourtid eller utanför jourtid, om den avlidne har en tidigare kontakt med hälso- och sjukvård och vilket verksamhetsområde eller enhet hen i så fall har haft kontakt. Flertalet av dokumenten är nämligen verksamhetsområdesspecifika vilket riskerar att leda till att hantering och agerande skiljer sig mellan verksamhetsområden. Konsekvensen blir till exempel att beroende på vilken verksamhet den avlidne fått vård ges anhöriga olika stöd.

Vuxenpsykiatriens vårdprogram *Suicid – Åtgärder vid fullbordat suicid* är ambitiöst och dess beskrivning av omhändertagande av anhöriga fångar både administration och förhållningssätt och bemötande, dock främst i det akuta skedet. Den regionövergripande rutinen *Oväntat dödsfall i hemmet eller på allmän plats* fokuserar på formalia och kontaktvägar. Där saknas beskrivning av förhållningssätt och bemötande.

Det regionövergripande rutinen *Suicidnära patients omhändertagande inom primärvård och somatisk specialistvård - Region Gävleborg* är omfattande och det finns många olika anpassningar som ska göras utifrån respektive händelse. Tolkningsutrymmet är stort. Det finns också delar som inte tydliggörs genom rutinen, exempelvis hur överrapportering från familjeläkare i beredskap går till; ska överrapportering göras till den avlidnes hälsocentral eller till den efterlevandes hälsocentral; och vem ansvarar för de kontakter som enligt beskrivning ska tas med berörda vänner, bekanta och grannar? Vår bedömning är att rutinen är svår att navigera i under ett pågående vårdbesök. En enklare rutin, med stöd i checklistor, formulär och koppling och en förtydligande beskrivning av uppdrag och roller kunna vara till nytta.

I Vuxenpsykiatriens rutin *Suicid - Åtgärder vid fullbordat suicid*, anges att en avvikelserapport skall upprättas vid samtliga fall av suicid. Motsvarande förtydligande återfinns inte i andra verksamhetsområdets rutiner rörande dödsfall. Detta kan eventuellt bero på att avvikelserapportering inte definieras i relation till enskilda händelser eller situationer utan styrs av ledningssystemet. En avvikelse är en rapport i Regionens ärendehanteringssystem avseende en oönskad händelse eller identifierad risk.

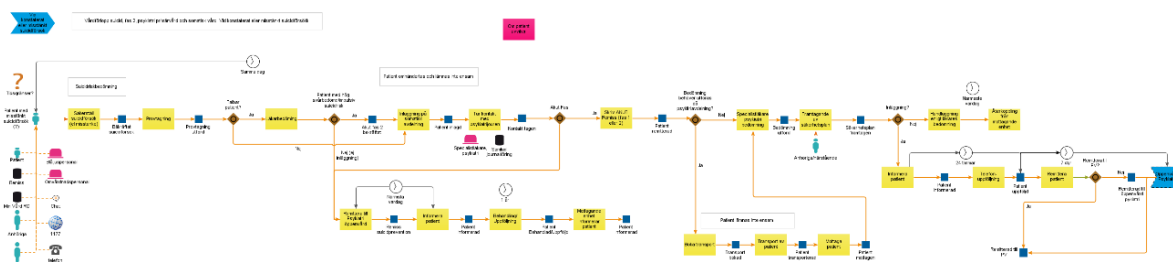
I många fall är det inte klart att en patient har avlidit av suicid förrän när Rättsmedicinalverket genomfört sin utredning. Det sker heller ingen återkoppling från Rättsmedicinalverket till aktuell enhet/enheter. Det medför både en fördröjning och en uppenbar risk för utebliven utredning efter suicid. Detta påverkar möjligheterna till lärande och förändrade/förbättrade arbetssätt.

Mot bakgrund av att personer som avlidit genom suicid ofta haft många vårdkontakter kan det dessutom vara oklart vem eller vilka som ska få informationen och vem som eventuellt ska göra en avvikelse eller utredning.

Bedömningen är att aktuella rutiner är svåra att följa, samt att kunskapen hos medarbetare i verksamheterna om psykisk ohälsa och risk för suicid inte är tillräcklig för att identifiera och vidta relevanta åtgärder. Det finns heller ingen tydlig eller samlad

bild avseende risker vid vårdens övergångar. Behovet av en tydlig ansvarsfördelning, gemensamma och verksamhets specifika rutiner samt checklistor för bedömning är stort.

För hälso- och sjukvården finns ett utkast till övergripande processbeskrivning, ett så kallat vårdförlopp med utgångspunkt i indikationer, bedömningar och vårdnivåer samt med definition av aktörer, roller och innehåll framtaget. Utkastet torde kunna utgöra en modell för en hälso- och sjukvårdsövergripande struktur för vägledning, bedömning, åtgärder och dokumentation vid misstänkt eller identifierad suicidrisk (se figur nedan).



Figur 3: Utkast processkarta, formulerad av medarbetare Utvecklingsenheten, Hälso- och sjukvårdens gemensamma resurser, Region Gävleborg, på uppdrag av Sakkunnig handläggare ledningsstöd. [Se större version av bilden på denna länk](#)

Åtgärdsförslag:

- Den regionövergripande rutinen: *Dödsfall - Övåntat dödsfall i hemmet eller på allmän plats, omhändertagande och anhörigstöd* revideras för att, bland annat, inkludera vägledning kring förhållningssätt, bemötande och innehåll vid omhändertagande av anhöriga.
- Den regionövergripande rutinen *Suicidnära patients omhändertagande inom primärvård och somatisk specialistvård - Region Gävleborg* revideras för att på ett bättre vis utgöra ett stöd i en pågående situation. Revideringen inkluderar, bland annat: beskrivning av nivåstrukturerade insatser; hur överrapportering går till; vem som ansvarar för kontakt med efterlevande; beskrivning av psykosociala team; och förteckning av kontaktvägar.
- Verksamhetsområdenas respektive rutiner revideras för att skapa likvärdighet för såväl medarbetare som efterlevande.
- Rutin tas fram för verksamhetsområde Primärvård.
- Nuvarande Vårdförlopp suicidprevention döps om till Beskrivning av roller och ansvar.
- Ett nytt Vårdförlopp suicidprevention tas fram för att, på samma vis som exempelvis vid fall av cancer, beskriva ett personcentrerat flöde inom hälso- och sjukvården. Vårdförloppet baseras på processkartan beskriven ovan för att ge stöd för bedömning och insatser inom och mellan primär- och specialistvård. Innehållet i processkartan, rutiner och checklistor ska vara nivåstrukturerade och utvecklade i samverkan mellan de olika vårdnivåerna.
 - Föreslagna revideringar och framtagande av rutiner görs av eller i nära samverkan med sakkunnig.
- Genomför utredningar/händelseanalyser vid samtliga fall av suicid, per huvudman och/eller gemensamt.

Rutiner vid Bollnäs kommun och friskolor

Vid skolorna i Bollnäs kommun finns handlingsplaner/rutiner för dödsfall och suicid. Handlingsplanerna omfattar både om det är en elev eller om det är en lärare som suiciderat. Innehållet i handlingsplanerna är till stor del likvärdigt och fokuserar främst på ansvar och roller samt på kommunikation. De ger även vägledning avseende praktiska frågor såsom minnesstund, flaggning etcetera i den mer akuta fasen. Samtliga handlingsplaner refererar till en krisgrupp.

Åtgärdsförslag:

- Implementera en gemensam eller likvärdig handlingsplan vid suicid för alla skolor.
 - Handlingsplanen ska innehålla handfasta arbetssätt och därigenom skapa trygghet och förutsägbarhet.
 - Handlingsplanen ska också innehålla en beskrivning av ett mer långsiktigt stöd till efterlevande barn och ungdomar. Denna beskrivning ingår i efterlevandestödet enligt Kalmarmodellen (se ovan).
 - Handlingsplanen innehåller en kompetensbeskrivning avseende behov av kunskap kring psykisk ohälsa och suicid.
- Skolor och socialförvaltnings krisplaner revideras till att innefatta tydliga riktlinjer för agerande vid oro för suicidrisk, självskada, suicidförsök och fullbordat suicid.
- Skolor och Socialförvaltning implementerar Suicide Zeros beslutsstöd.
- Skolor och Socialförvaltning har beredskap för att säkerställa ordnade, spårbara rutiner och konsekvent dokumentation så att korrekta uppgifter kan lämnas till den nationella utredningsfunktionen inom Folkhälsomyndigheten vid lagens ikraftträdande 1 juli 2026⁶.

Behov av kommunikationsstöd

Av intervjuerna framkommer också att kommunikation har varit en svårighet. Flera har uttryckt att de inte har tillräckliga kunskaper om lämplig kommunikation vid suicid och flera svåra avvägningar har gjorts mellan tryck från media och medborgare samt anhörigas olika önskemål. Tidig spridning av faktabaserad information är central för att motverka spekulationer och rykten, samt att kommunikationen behöver vara tydlig, trovärdig och snabb för att möta allmänhetens förväntningar och motverka ryktesspridning.

Åtgärdsförslag:

- Ta fram en budskapsplattform för kommunikation om suicid baserad på forskning om spridning för att ge länets aktörer en enhetlig och trygg grund i sin kommunikation.

⁶ En nationell utredningsfunktion för att förebygga suicid. Prop. 2025/26:190

Utveckla arbetssätt för att nå unga

Flera intervjupersoner beskriver lärdomar om svårigheter att nå ut till unga (se sammanställning i Bilaga 3). Lokal uppföljning av ungdomspolitiken (Lupp) är en enkät som följer ungas livssituation inom områden som skola, fritid, trygghet, hälsa och framtid. År 2025 besvarades den av cirka 3 700 ungdomar i Gävleborgs län. Resultatet visar bland annat att nästan 2 av 10 unga i Gävleborgs län inte vet vart de kan vända sig för att få stöd om de blir illa behandlade eller mår dåligt – och att osäkerheten ökar när de lämnat skolan. Detta visar på ett viktigt glapp i stödkedjan och understryker behovet av att både skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård arbetar uppsökande, tydliggör vägar för stöd och säkerställer att unga inte faller mellan stolarna när de lämnar skolmiljö.

Åtgärdsförslag:

- Var där unga är – fysiskt och digitalt. Arbeta uppsökande på platser där unga vistas: fritidsgårdar, föreningsliv, gym, kollektivtrafik, sociala medier och spelplattformar.
- Använd metoder som unga föredrar med korta kontaktvägar, chatt, drop-in, låg tröskel och anonymitet när det är möjligt.
- Tydliggör vart man kan vända sig – särskilt för unga som lämnat skolan, där stödkedjan ofta blir otydlig.
- Skapa broar mellan skola och vuxenliv – exempelvis genom att informera om stödvägar i samband med skolavslutning, gymnasieexamen och övergångar till vuxenlivet.
- Involvera unga i utformning och uppföljning av arbetssätt som är skapade för dem: låt de unga beskriva sina behov och vad de ser fungerar och inte fungerar.
- Stärk samverkan och kontaktvägar mellan aktörer så att unga inte behöver ”hitta rätt” själva utan kan fångas upp oavsett var de söker stöd.

Skapa en länsövergripande struktur

Nationell forskning om organisering av det suicidpreventiva arbetet visar att en tydlig och sammanhållen organisationsstruktur på länsnivå är viktig. Alla aktörer som har ansvar och roller i arbetet, så som: region, länets kommuner, länsstyrelse, polis, räddningstjänst och civilsamhälle, bör ingå i strukturen. Forskningen säger vidare att strukturen och allas roller i den bör vara tydlig för alla deltagande aktörer, och att det centralt i strukturen behöver finnas en samordningsfunktion med mandat och uppdrag att samordna arbetet.

En sådan struktur som forskningen beskriver finns inte i Gävleborgs län idag. Det bör därför ges uppdrag från högsta ledning att sätta samman en länsövergripande struktur som inkluderar flera nivåer: från strategisk beslutande till utförare på verksamhetsnivå.

Baserat på forskningen om organisering av suicidpreventivt arbete kan en sådan länsövergripande struktur skisseras som i figuren nedan.^{7, 8}

På den översta **strategiska nivån** tas beslut om uppdrag och organisation. Länets kommunchefer, regiondirektör, landshövding, chefer vid Polis och Räddningstjänst samt företrädare för civilsamhället ansvarar för strukturens riktning och arbete – och för det interna arbetet som sker inom respektive organisation.

Den **samordnande funktionen** ansvarar för att hålla samman, stödja och samordna arbetet. Det innebär bland annat att ställa samman och förmedla aktuella lägesbilder och kunskapsunderlag till de deltagande aktörerna; samt att identifiera behov, prioriteringar och ”vita fält”. Den samordnande funktionen fungerar som ett nav som stödjer aktörerna i arbete med att omsätta den nationella strategin till regional och lokal nivå; ta fram handlingsplaner och leder nätverket på operativ nivå.⁹

På **operativ nivå** samlas representanter från hälso- och sjukvård, skola, kultur och fritid, samhällsplanering, polis, räddningstjänst, civilsamhälle med flera i ett länsnätverk. Deras uppdrag är att under ledning av samordningsfunktionen implementera insatser i respektive organisation, bidra till gemensam lägesbild och återkoppla resultat, erfarenheter och behov.

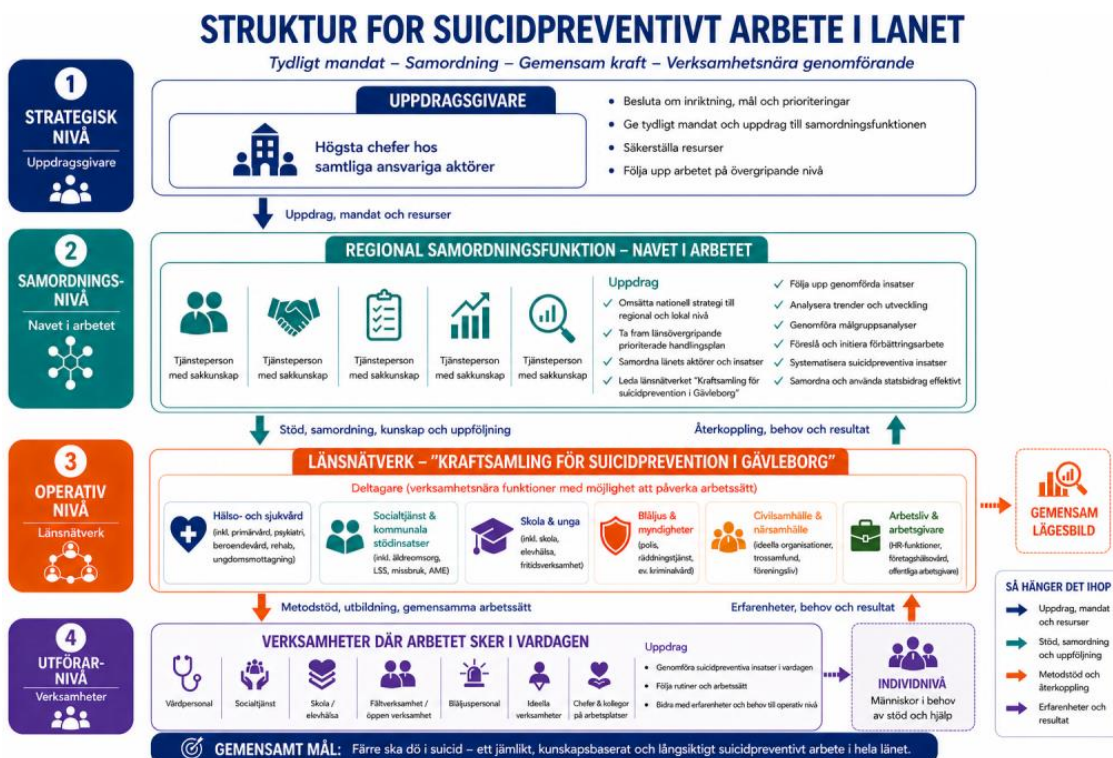
Det är när den operativa nivån tar hem arbetet till sina respektive organisationer som det suicidpreventiva arbetet sker: implementerat i vardagen; på **utförarnivå**. Det kan bland annat handla om: bemötande av psykisk ohälsa i kommunala verksamheter; tidig upptäckt i primärvården; ändrade arbetssätt för blåljuspersonal att aktivt ställa frågan om suicidtankar, med mera. Utförarnivån har också en viktig roll att föra tillbaka erfarenheter, lärdomar och behov till operativ nivå.

Flera intervjupersoner efterfrågar, och forskning menar att förebyggande arbete behöver utgå ifrån, en kontinuerligt uppdaterad nuläges- och behovsbild. Med en sammanhållen länsövergripande struktur på flera nivåer kan nulägesbilder, erfarenheter och kunskap delas på ett kontinuerligt och systematiskt vis. På så vis stärks lärandet och risken för att stöd och insatser varierar beroende på vilken medarbetare, verksamhet eller kommun en individ möter minskar. När alla verksamheter arbetar utifrån samma kunskap, med en gemensam bild av ansvarsfördelning, stärks inte bara det förebyggande arbetet, utan också likvärdigheten i arbetet, i hela länet.

⁷ Observera att skissen på figuren är ett första utkast till en organisationskiss. Denna behöver bearbetas i samråd med deltagande aktörer innan den mer utförligt kan beskrivas i ett beslutsunderlag.

⁸ Observera också att Länsledning Valfärd har en viktig roll i det förebyggande arbetet av suicid, som ansvarig för av statsbidrag och samordning av utvecklingsinsatser i samverkan mellan skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård, men är inte tillräcklig för att uppnå ett brett suicidpreventivt arbete då många aktörer med stort ansvar för att förebygga suicid står utanför denna samverkansstruktur.

⁹ I figuren benämns detta nätverk som ”Kraftsamling för psykisk hälsa i Gävleborg”.



Figur 4: Illustration av tänkt struktur för suicidpreventivt arbete i Gävleborg. Bilden är framtagen med hjälp av Open AI utifrån promtade behov av samverkanstruktur. [Se större version av bilden på denna länk](#)

Åtgärdsförslag:

- Skapa en länsövergripande struktur för suicidpreventivt arbete, baserad på tillgänglig kunskap och erfarenheter från andra län.
 - Underlag till beslut för hur en länsövergripande struktur för suicidpreventivt arbete bör se ut, vilka uppdrag den bör ha och hur den ska implementeras tas fram av nuvarande samordningsfunktion för suicidprevention och sakkunnig inom hälso- och sjukvårdsledningen i samråd med tilltänkta samverkande aktörer.
 - Beslut tas av kommunchefer, regiondirektör samt högsta ledning hos övriga samverkande aktörer.
 - Strukturen följs upp kontinuerligt.
- Skapa en samordningsfunktion bestående av representanter från strukturens samverkande aktörer som får i uppdrag att samordna och stödja strukturen samt skapa och leda ett länsnätverk av operativa funktioner.

Den upprättade strukturen bör/kan ansvara för följande åtgärdsförslag:

- Dokumentera och sprid goda exempel systematiskt, kopplat till regionala/nationella strategier.
- Skapa en gemensam nulägesbild som bygger på befintlig kunskap om psykisk (o)hälsa, samt utifrån den initiera åtgärder, exempelvis behov av förbättringsåtgärder för ett kvalitetssäkrat efterlevandestöd.
- Inrätta ett system med uttalade funktioner (förslagsvis polis och chefsläkare) för att i realtid följa utvecklingen av antalet fall; snabbt initiera efterlevandestöd och

utredning/händelseanalys vid suicid; samt och tidigt signalera till verksamheter att förbereda för ett eventuellt ökat behov av dess resurser (exempelvis Primärvård, Vuxenpsykiatri, Barn- och ungdomspsykiatri, elevhälsa och fritidsverksamhet).

- Säkerställ att utredning efter suicid sker hos/inom alla berörda verksamheter/huvudmän var för sig. Kunskap genererad av dessa utredningar skall leda till lärande och utvecklings- eller förbättringsarbeten. Ett särskilt arbete behöver ske för att skapa förutsättningar för gemensamma utredningar och ett utvecklat lärande mellan huvudmännen.
- Samtliga suicid som rör barn och ungdomar (samt i vissa fall andra prioriterade grupper) ska rapporteras till Folkhälsomyndighetens nationella utredningsfunktion vid lagens ikraftträdande 1 juli 2026.

Innan åtgärder finns på plats

De åtgärder som föreslagits ovan: efterlevandestöd; förebyggande arbete integrerat i verksamheter och en länsövergripande struktur är de tre centrala delarna som vi utifrån det samlade kunskapsläget ser möter behoven både av ett stärkt långsiktigt suicidpreventivt arbete, och för ett akutläge med oro eller risk för smittoeffekt.

Om en situation skulle uppstå där det finns oro eller risk för smittoeffekt, innan föreslagna åtgärder finns på plats, bör det hanteras så som forskningen föreslår: att snabbt identifiera berörda riskgrupper/-personer och erbjuda dem riktat psykosocialt stöd genom samverkan mellan de aktörer som är närmast målgruppen och har både kunskaper om och kontaktvägar till målgruppen.

Det finns idag inget system som fångar fall av suicid i realtid i Gävleborgs län. Oro eller risk för smittoeffekt behöver därför fångas i de ordinarie verksamheterna, innan föreslagna åtgärder har kommit på plats. Medarbetare som upplever oro eller risk behöver nyttja befintliga rutiner för avvikelser, SIP och orosanmälan samt signalera detta till, förslagsvis, verksamhetschef. Verksamhetschef behöver signalera vidare till hälso- och sjukvårdsdirektör och/eller kommunchef som i sin tur meddelar verksamhetschef för de verksamheter som kan tänkas få en högre belastning, så som Primärvård, Familjehälsa, Barn- och ungdomspsykiatri och Vuxenpsykiatri.

Hälso- och sjukvårdsdirektör och/eller kommunchef behöver initiera en samordningsgrupp med uppgift att nå ut med det riktade psykosociala stödet till identifierade riskgrupper/-personer. Vilka aktörer som ska kallas behöver baseras på vilken riskgruppen är. Aktörer som ingår behöver ha kännedom om och kontaktvägar till den aktuella riskgruppen. Handlar det om unga personer kommer sammansättningen av samordningsgruppen behöva se annorlunda ut än om riskgruppen är äldre män, där förekomsten av suicid är högre. Skolor och fritidsverksamheter är exempelvis centrala när det kommer till riskgrupp unga, men inte när riskgrupp är äldre män. Vilka civilsamhällesaktörer som bör ingå varierar också med riskgrupp. En intressentanalys behöver inleda arbetet.

Om fel aktörer ingår i samordningsgruppen riskerar arbetet att bli ineffektivt eftersom gruppen då saknar rätt kompetens, rätt kontaktvägar och rätt förståelse för den aktuella riskgruppen. Det leder till att riskpersoner inte identifieras, inte nås i sina vardagsmiljöer och inte får det stöd de behöver.

När samordningsgruppen inte anpassas efter den specifika riskgruppen uppstår ett glapp mellan insatserna och de människor de är avsedda för. Unga nås inte om insatserna inte

finns i skolor, fritidsverksamheter eller deras sociala nätverk. Äldre män nås inte om insatserna inte finns i de miljöer där de faktiskt befinner sig, som jaktlag, föreningsliv eller andra lokala sammanhang. Konsekvensen blir att stödet inte når fram, att riskerna kvarstår eller att samhällets resurser används utan att ge önskad effekt

Enligt forskningen bör identifierade riskgrupper/-personer erbjudas riktat psykosocialt stöd på identifierade riskmiljöer: där riskgrupp befinner sig, exempelvis på skolor och i föreningslivet.

Den kommunikation som genomförs under perioden av oro för smittoeffekt ska undvika detaljer som kan trigga ytterligare suicid. Genom hela processen är kommunikation en central intervention, inte enbart ett stöd. Det innebär till exempel att alltid informera om var stöd finns att få och att undvika detaljer om den specifika händelsen.

Åtgärdsförslag:

- Rutin för samordning vid oro för spridning av suicid skyndsamt tas fram eller inkluderas i rutin vid särskild händelse. Rutinen bör upprättas vid Region Gävleborg och förankras med länets alla kommuner. Rutinen bör endast finnas på plats en kort övergångsperiod innan föreslagna åtgärder kommer på plats.
- Rutin för riktat psykosocialt stöd på identifierade riskmiljöer skyndsamt tas fram för de verksamhetsområden som kan beröras.
- Budskapsplattform för kommunikation vid oro för smittoeffekt tas fram.

Avslutningsvis

Många verksamheter har redan påbörjat förbättringsarbeten, vilket är steg i rätt riktning. Men utan samordning riskerar lärdomar att stanna vid enbart lokala justeringar och helheten går förlorad. För att undvika fragmentering behöver någon ta ansvar för att hålla ihop arbetet och skapa en gemensam lärprocess som kan leda till verklig systemförändring.

Denna rapport föreslår ett flertal antal åtgärder. Åtgärder genomförs inte av sig själva. På samma vis leder inte formella rutiner per automatik till förändrade arbetssätt. För att få faktisk effekt så måste åtgärder och rutiner förankras, implementeras och följas upp. För genomförda åtgärder är inte heller detsamma som genomförd förändring. För att verklig förändring ska ske krävs aktiv handling och medvetet, uthålligt åtagande.

Slutligen, och det viktigaste, vi får inte glömma bort de avlidnas familj, släkt och vänner i vårt fortsatta arbete. För dem har resan bara börjat och behovet av efterlevandestöd kommer att finnas kvar under lång tid framåt. En del av vårt gemensamma och långsiktiga ansvar är att fortsatt våga se, våga fråga och våga stanna kvar i samtalet om hur någon mår, och när behov finns aktivt erbjuda/-eller tryggt lotsa vidare till hjälp och stödinsatser.

Bilaga 1: Vad vet vi om förekomsten av suicid i Gävleborg?

Begränsningen med statistik

Det finns idag inte en samlad bild av fall av suicid i realtid i Gävleborg. Rättsmedicinalverkets bedömningar och statistik ger en god bild av det samlade läget, men dessa ges tillgång till först efter en tid, dessutom endast på begäran och företrädesvis till forskning. Rättsmedicinalverkets statistik ger alltså inte någon helhetsbild av nuläge och kan inte utgöra underlag för insatser i realtid.

Eftersom det inte finns någon säker process för att uppmärksamma suicidfall eller samla statistik i realtid är det idag inte möjligt att säkerställa att berörda vårdgivare eller kommunala verksamheter får information om händelsen i närtid till att det inträffat.

Den nationella statistiken från Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP) eller Statistiska Centralbyrån har ännu längre eftersläpning. Detta är varför lägesbilden som beskrivs nedan inte har mer aktuella siffror än år 2023.

Suicidstatistik Gävleborgs län

Det finns en strukturellt förhöjd suicidnivå i Gävleborgs län, jämfört med riket som helhet. Under perioden 2010–2023 avled 752 personer i suicid i Gävleborgs län. Det motsvarar i genomsnitt cirka en person per vecka. Genomsnittligt suicidtal¹⁰ var under samma tidsperiod 22,7 per 100 000 invånare. Det är statistiskt säkerställt högre än riksgenomsnittet om 18,5.

Suicidtalet i Gävleborgs län ligger över rikets nivå i samtliga åldersgrupper. Detta tyder på att problembilden är bred och inte begränsad till en specifik livsfas.

Köns- och åldersfördelning följer samma mönster som i riket: den stora merparten av fall drabbar män (omkring 70 %); det sker färre suicid bland yngre och fler bland medelålders till äldre, högst suicidtal finns i åldersgruppen 45–64 år.

Det finns skillnader i suicidtal mellan länets kommuner, men dessa måste tolkas med försiktighet: i mindre kommuner får enstaka fall stort genomslag i statistiken och skillnaderna mellan åren blir därför hög.

Suicidstatistik Bollnäs kommun

Under perioden 2010–2023 avled 79 personer i suicid i Bollnäs kommun. Det motsvarar i genomsnitt cirka 5–6 personer per år. Det genomsnittliga suicidtalet var 25,3 per 100 000 invånare under samma period. Detta är en statistiskt säkerställd högre nivå än riksgenomsnittets 18,5. Köns- och åldersfördelning följer samma mönster som i riket och länet.

Journalgranskning av samtliga suicid i Gävleborg år 2023 – 2024

Under 2025 genomfördes en journalgranskning av samtliga suicidfall samt dödsfall med oklar avsikt i Gävleborg under två år. Urvalet baserades på data från Rättsmedicinalverket. Journalgranskningen omfattar 88 individers journaler (77 suicid

¹⁰ SM-talet: antalet fall per 100 000 invånare.

och 11 oklar avsikt), åldersspannet på individerna omfattar 18 - 90 år. Av individerna är ca 30% +65 år. Antalet individer <29 år är 13 st. Andelen kvinnor utgör 33%.

Journalgranskningen visar att 6 av 88 individer *inte* haft kontakt med hälso- och sjukvården. Omkring hälften av individerna ingår istället i gruppen av de 5 % patienter som har flest vårdkontakter totalt i länet, såväl specialistvård som primärvård. Vårdkontakterna är spridda över flera verksamhetsområden, på olika vårdnivåer samt många byten av hälsocentral. Utöver detta har flertalet av de avlidna haft en omfattande läkemedelsförskrivning, från flera enheter.

I journalgranskningen framkommer att det i många fall saknas samordning och helhetssyn på patienten. Journalgranskningen visar också att eventuell psykisk ohälsa inte kommunicerats eller bedömts i tillräcklig utsträckning. Eventuella kommunala insatser saknas i journalerna.

Endast 23 av fallen har utretts efter suicid och det är endast i enstaka fall som närstående- eller efterlevandestöd omnämns.

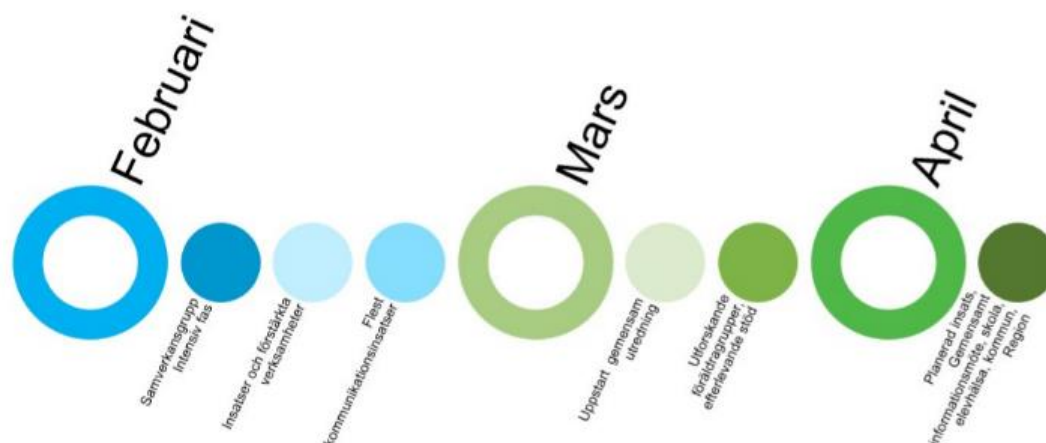
Bilaga 2: Sammanställning insatser

– sammanställning av insatser som meddelats av intervjupersoner

Denna sammanställning listar de insatser som framförts under intervjuprocessen. Sammanställningen ger en översikt över vilka insatser som har genomförts under tidsperioden, den ska inte tolkas som ett detaljerat händelseförlopp.

Tidsöversikt

2026



Bilden beskriver en komprimerad tidsöversikt över februari–april och visualiserar hur det under februari var mest intensivt med samverkansmöten och insatser i verksamheter och allra flest kommunikationsinsatser. Därefter är det i mars som den mer utforskande och utvärderande fasen börjar. Samt att det fortfarande är insatser planerade i april.

På kommande sidors tabeller är insatserna indelade i följande teman: *Samverkansmöten*; *Kommunikationsinsatser*; *Insatser i verksamhet/förstärkt verksamhet*.

I korthet kan insatserna beskrivas som övervägande kommunikativa insatser samt insatser som bygger på närvaro, omställning och tillgänglighet. En stor del av insatserna har handlat om att förstärka redan pågående verksamhet och att fler aktörer har involverats i närvaro och/eller informationsspridning.

Samverkansmöten	
Insatser i/vid samverkansmöten	<p>Deltagare från socialtjänst, polis, berörda gymnasieskolor, utbildningschef, primärvård, psykiatri, familjehälsa, ambulans/akut, kultur. Gruppen utökades allt eftersom. Syfte att skapa en gemensam lägesbild samt samordna riktade preventiva insatser, dela information, skapa förutsättningar för sammanhållet arbete. Samordning av mediehantering, gemensam kommunikation. Uppföljning av arbetet.</p> <p>Särskilda insatser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kartläggning av riskindivider - Gemensam utredning med kommun och region om insatser och lärdomar för stärkt förebyggande arbete.

Kommunikationsinsatser	
Gemensamt kommunikationsstöd	Syfte: ge aktörerna stöd i hur att hantera media. Kommunikationsansvariga fanns som stöd och gav råd till aktörer vid behov. Samordningsmöten och praktiskt stöd.
Gemensamt uttalande	Syfte att äga beskrivningen av vad som görs inom respektive organisation samt att värna anhöriga. Gemensamt uttalande som publicerades på region och kommuns respektive webbplatser.
Gemensamt kontaktblad	Blad som tydliggör vem man ska kontakta vid vilket behov/stöd när man mår dåligt. Tillgängliga kontaktvägar på ett lätt sätt för individer som finns i skolan eller på andra platser och har tankar/frågor.
Sprida kontaktvägar	Lyfta upp (prioritera) information på 1177 för att sprida kontaktvägar om vart en kan vända sig om en behöver stöd.
Kommunikationsinsats Bollnäs kommun: "Du är inte ensam"	Syfte: sprida budskapet "Du är inte ensam, det finns hjälp att få". Det beslutades i samverkansgruppen att alla kontinuerligt ska informera om att det finns hjälp och var hjälpen finns. Målgrupp för informationen: primärt unga i Bollnäs, även närstående och andra som kan vara berörda.
Kommunikationsinsats Bollnäs kommun: "Tips på saker att göra"	Syfte: sprida information och tipsa unga i Bollnäs om vad det finns att göra. Skapa en känsla av sammanhang och att du inte är ensam. Initiativ i samverkansgruppen om att det även är bra att förmedla till unga i Bollnäs om vad det finns att göra i redan planerad kommunikationsinsats. Bollnäs kommun informerar i flera kanaler om vad det finns att göra, tipsa unga om aktiviteter. Ska göras återkommande och kontinuerligt.
Kommunikationsinsats Polisen: "Dialog och trygghet"	Syfte: stärka lokal närvaro i digitala miljöer. Inlägg på sociala medier med fokus på dialog, tillgänglighet och trygghet.
Kommunikationsinsats Polisen: Chattfunktion	Syfte: stärka lokal närvaro i digitala miljöer. Erbjud möjlighet till privat chatt.
Kommunikationsinsats Region Gävleborg: "Vart vända sig"	Syfte: sprida kontaktvägar; information om vart en kan vända sig om en behöver hjälp. Sponsrade inlägg sociala medier. Två inlägg om vart en kan vända sig om en har suicidtankar

	eller om man vet någon, så finns det hjälp att få. Målgrupp: 15-17 år respektive 18-25 år.
Intern kommunikationsinsats Region Gävleborg: chefer	Syfte: att äga beskrivningen av vad som görs inom Region Gävleborg. Information om läget och hanteringen för organisationens chefer vid planerat Ledarforum.
Intern kommunikationsinsats Region Gävleborg: chefer och medarbetare	Syfte: att äga beskrivningen av vad som görs inom Region Gävleborg. Information på intranät: en version av det gemensamma uttalandet anpassad till målgrupper internt.
Extra samverkansmöte Länsledning	Syfte: Informationsspridning. Extra samverkansmöte för att informera om läget och hanteringen.
Information Räddningstjänst	Syfte: Informationsspridning. I samband med APT hos Räddningstjänsten informerades om kommunens arbete både i utifrån det rådande läget och utifrån ett långsiktigt arbete.
Sprida information om Ericastiftelsens stöd	Sprida kunskap om nationell hjälp och stöd via Ericastiftelsen. Foldrar förmedlades till skolornas rektorer.
Gemensamt informationsmöte skola, elevhälsa, AME	Syfte: att ge en gemensam lägesbild, stärka kunskapen om suicidprevention och tydliggöra hur vi tillsammans kan agera tidigt, samordnat och tryggt när unga visar tecken på psykisk ohälsa eller suicidrisk. Träffen ska också tydliggöra vilket stöd som finns, vilka kontaktvägar som gäller och hur skola och elevhälsa kan samverka med andra aktörer Målgrupp: rektorer i gymnasieskola och högstadium, elevhälsoansvariga samt ansvariga inom arbetsmarknadsenhetens kommunala aktivitetsansvar.

Insatser i verksamhet / förstärkt verksamhet

Gemensamma gruppaktiviteter	Planeras att verksamheter från Verksamhetsområde (VO) Familjehälsa, deltar i gruppaktiviteter arrangerade av socialtjänst i syfte att tidigt fånga upp unga för förebyggande . Även planer på fortsatta gemensamma grupper mellan VO Familjehälsa och Elevhälsa för att möta unga med ångest.
Gemensam aktivitet Bollebacken	Syfte: stötta och trygga upp en sedan tidigare planerad aktivitet: Polis och fältare vid Bolleberget. Utifrån aktuella händelser slöt även verksamheter från Region Gävleborgs VO Familjehälsa upp vid denna aktivitet.
Bemanna platser där unga är	Syfte: skapa trygga platser där unga finns/rör sig inom kommunen, samordning av flera aktörer. Resurser har planerats och fördelats om för ett flertal aktiviteter. Den 14-15 februari var exempelvis fältare ute på prioriterade platser tillsammans med polis och Individ- och familjeomsorgen samt verksamheter från Region Gävleborgs VO Familjehälsa. Även: öppen fritidsgård på alla hjärtans dag (lördag), extra öppet på Mekarkväll. Även ökad närvaro på allmänna platser i centrum. Arbetsgrupp samordnas av fältare, polis, VO Familjehälsa.

Kvällsöppet församlingshemmet	Syfte: ha trygga vuxna närvarande på plats där unga befinner sig i sorg. Tillfälle för informationsspridning av kontaktuppgifter om behov av stöd uppstår/fortsätter. Kvällsöppet på församlingshemmet efter en begravning. Initiativ från anhörig.
MHFA-utbildning för fritidsledare	Första hjälpen till psykisk hälsa (Mental Health First Aid, MHFA), är en utbildning för att öka kunskapen om psykisk ohälsa och förebygga suicid. Sex stycken fritidsledare kunde delta på kort varsel delta på en sedan tidigare planerad utbildningsinsats för andra medarbetare inom Bollnäs kommun. Syfte: Ge fritidsledarna verktyg i form av MHFA-utbildning.
Uppmuntra medarbetare att uppmärksamma ohälsa	Information till medarbetarna om att "vara på tå" och lyssna in hur barn och ungdomar pratade och om vad, på skolor och fritidsgårdar samt att via chef kontakta elevhälsan vid oro för något barn eller ungdom.
Händelseanalys initierad av Bollnäs sjukhus	Kartläggning av händelser utifrån verksamhetens perspektiv och hantering: "Vad har gjorts och vad kan göras bättre?" Verksamheten initierade en händelseanalys i den direkta i verksamheten för att utreda vad som gjorts och vad som kan göras bättre. Utifrån händelseanalysen önskar de identifiera brister och kontaktvägar. De hoppas av detta få till en handlingsplan och en enklare checklista som kan fungera i det praktiska.
Gemensamt föräldrastöd	Undersöka möjligheten att bygga upp föräldrastöd i samverkan mellan kommun och region med stöd från Ericastiftelsen.
Förstärkt "En väg in" och centralremisshantering	Syfte: säkerställa tillgänglighet vid högt tryck. Förstärkning med mer personal för barn och unga med psykisk ohälsa. Barn- och familjehälsa & Barn- och ungdomspsykiatri.
Kortare vägar till Förstalinjen och Barn- och ungdomspsykiatri	Syfte: säkerställa tillgänglighet. Direktkontakt mellan "En väg in" och respektive mottagning: Barn- och familjehälsa, Barn- och ungdomspsykiatri & Ungdomsmottagning.
Frigörande av tid	Syfte: säkerställa tillgänglighet. Frigjort tid till Bollnäs mottagningen: Barn- och ungdomspsykiatri Hudiksvall ersatt med dagjour.
Omprioriteringar	Syfte: säkerställa tillgänglighet & Patientsäkerhet. Prioriterat om besök, flyttat på redan bokade besök, återgivning, till förmån för krispatienter relaterat till händelserna.
Krisstöd	Syfte: säkerställa tillgänglighet + Patientsäkerhet. Tagit emot patienter med direkt anknytning till suicid. Krisstöd även i redan pågående ärenden. Fokus på behandling ändrats till krisstöd. Barn- och familjehälsa, Barn- och ungdomspsykiatri & Ungdomsmottagning.
Anpassning av tider	Syfte: säkerställa tillgänglighet. Anpassning av tider för besök utifrån önskemål hos vissa. Barn- och familjehälsa, Barn- och ungdomspsykiatri & Ungdomsmottagning.
Enskilda samtal	Syfte: säkerställa tillgänglighet. Enskilda samtal men även tillsammans med vårdnadshavare.

	Barn- och familjehälsa, Barn- och ungdomspsykiatri & Ungdomsmottagning.
Omställning till digitalt stöd	Syfte: säkerställa tillgänglighet. Omställning till digitalt stöd då patient/-er föredragit det. Barn- och familjehälsa, Barn- och ungdomspsykiatri & Ungdomsmottagning.
Uppstart chattar	Syfte: säkerställa tillgänglighet. Uppstart chattar med ungdomarna för att möjliggöra kontakt mellan besöken. Barn- och familjehälsa, Barn- och ungdomspsykiatri & Ungdomsmottagning.
Förberedelse omställning	Syfte: säkerställa tillgänglighet vid högt tryck. Förberedelse för att kunna ställa om till gruppstöd istället för individuellt stöd vid behov/högt tryck. Barn- och familjehälsa, Barn- och ungdomspsykiatri & Ungdomsmottagning.

Bilaga 3. Sammanställning av intervjuer

– delunderlag till kartläggning och analys

Denna bilaga innehåller den sammanställning av intervjuer som tillsammans med andra underlag har bidragit till kartläggning och analys enligt uppdrag.

Inledning

Som ett underlag till den kartläggning och analys av genomförda insatser och samverkan genomfördes under mars och april intervjuer med 22 deltagare från samverkansgruppen som initierades i februari. Intervjupersonerna representerar olika verksamheter från Region Gävleborg, Bollnäs kommun, Polismyndigheten och skolor, såsom ambulans och akut, primärvård, barn- och ungdomspsykiatri, familjehälsa, socialtjänst, krisgrupp och kommunikation.

Intervjuerna syftade till att fånga deltagarnas upplevelser, iakttagelser och lärdomar av samverkan som skett och arbete som genomförts eller initierats genom denna samverkan.

Metod

Intervjuerna var semistrukturerade och tog utgångspunkt från en intervjuguide. Intervjuguiden innehöll frågor om genomförda insatser, upplevda hinder samt tankar om lärdomar och fortsatt förebyggande arbete. Intervjuerna genomfördes av fyra olika personer som alla använde samma mallar för anteckningar och dokumentation.

Intervjuerna har sammanställts tematiskt. Det innebär att återkommande mönster, likheter och skillnader i deltagarnas beskrivningar har sorterats under övergripande teman. Citat används för att illustrera centrala iakttagelser i materialet.

Sammanställningen gör inte anspråk på att väga olika utsagor mot varandra eller fastställa en objektiv bild av händelseförloppet, utan avser att återge hur intervjupersonerna beskrev sina reflektioner och lärdomar vid intervjutillfället.

Läsanvisning

Sammanställningen redovisar återkommande teman i intervjuerna: vad som beskrevs ha fungerat väl, vad som upplevdes som svårt samt vilka lärdomar och utvecklingsbehov som intervjupersonerna lyfte.

Sammanställningen ska läsas som ett underlag för fortsatt analys. Den utgör inte en slutlig bedömning av nuläge, målbild eller åtgärdsförslag, utan är *en del* av ett samlat underlag som tillsammans med andra källor ligger till grund för den fortsatta analysen och kommande förslag.

Sammanfattning

Sammantaget kan sägas att det finns samstämmighet i att samverkan och framförallt samverkansmötena fungerade bra med tydlig ledning och struktur och att det fanns ett stort engagemang och delat ansvarstagande i grupperingen. Flera av de genomförda insatserna har varit uppskattade.

Det finns också motstridiga uppfattningar om vad som fungerat bra, och det finns svårigheter formulerade. Det finns funderingar kring om det var rätt verksamheter som samverkade och om det var rätt insatser som startades; stöd till efterlevande har saknats; avsaknad av rutiner har uttryckts; och upplevda svårigheter med kommunikation vid suicid tycks inte vara löst.

Vad har fungerat bra?

Tydligt och strukturerat

Det fanns en tydlighet av vem/vilka som initierade och höll samman samverkan samt ledde möten och de både introducerades och sammanfattades på ett tydligt vis. Även om det inte fanns någon agenda utskickad inför mötena upplevdes de som tydliga och värdefulla.

"Målet var krisstöd, och att fånga upp individer i risk: säkerställa att det inte skulle bli en smittoeffekt"

Gemensam bild

Det upplevdes som värdefullt att ha en gemensam bild av läget. Det fanns också en bred samsyn om att samverkan behövdes och att något behövde göras. Flera beskriver det som viktigt att få information, kunna dela information vidare och ta med sig en gemensam lägesbild till den egna verksamheten och medarbetarna om vad som hade hänt och vad som planerades. Någon uttryckte att informationshemtagningen var viktig också för att separata verksamheter, eller engagerade medarbetare, inte skulle starta egna ad hoc-initiativ som inte var förankrade i samverkansgruppen eller gentemot ledning.

"Mötena handlade om rapportering av nuläge; vad kan vi göra; vad kan vi prioritera inom respektive verksamhet; hur kan vi omfördela resurser."

Prioriterat hos alla

Flertalet intervjupersoner beskriver att det i samverkansgruppen var en god uppslutning av funktioner med mandat för respektive verksamhet eller verksamhetsområde. Några uttryckte att det var en fördel att det var många verksamheter med flera chefsled representerade. Det fanns en stor samstämmighet kring att alla tog sitt ansvar, att alla "steppade upp": möten prioriterades och det fanns en stark vilja att bidra och handlingskraft att agera.

"Alla var där med fokus på hur hanterar vi det här bäst?; vad kan vi göra för ungdomarna?"

"Vi prioriterade om när det verkligen behövdes, det kan man ta lärdom av"

Samverkan var enkel

Intervjupersonerna ger en bild av att samverkan där och då fungerade bra. De glapp, eller friktioner, som vanligen kan ses i samverkanslägen täpptes till. Kände man inte fullt ut till varandras uppdrag eller hade man olika bild av varandras roller så löstes det: otydliga roller och gränsdragningar exempelvis mellan primärvård och psykiatri, och mellan skola och socialtjänst, uppfattas ha klargjorts bra vid denna samverkan. Det beskrivs också att man genom samverkansgruppen fick bättre förståelse för varandras uppdrag: att det blev ett mervärde.

”Vi var i samma båt, ingen approach att hitta kritik: nu hjälps vi åt”

Särskilt uppskattade insatser

Några av de insatser som genomfördes med initiativ från samverkansgrupperingen har i intervjuerna beskrivits som särskilt värdefulla. Att det togs fram kontaktblad¹¹ till Region Gävleborgs verksamheter var uppskattat av många. Kartläggningen av individer där en såg en förhöjd risk sågs som en mycket viktig insats som inte hade kunnat göras utan samverkan. Sänkta trösklar och ökad tillgänglighet till hälso- och sjukvård sågs som mycket betydelsefullt.

Sidoeffekter av samverkan

Flera intervjupersoner uttrycker också att samverkansgruppens möten även gav långsiktigt värde genom bättre kännedom om varandra och lättare kontaktvägar i framtiden.

”Vi har lärt oss lite om varandra, som gör att vi kan få tillgång till varandra. Nu har vi etablerat kontakter och vet vart man kan hänvisa”

Motstridiga uppfattningar

Samverkansgruppens sammansättning och syfte

Några verksamheter saknades i samverkansgrupperingen, eller deltog inte från start utan blev tillfrågade att delta i ett senare skede. Detta uttrycktes av några som ett hinder, men av andra som något som löstes med tiden genom att gruppen växte. Att gruppen växte sågs också som positivt av flera, men inte av alla. Någon beskrev att när gruppen förändrades så förändrades också syftet med grupperingen, och menade att den då inte längre uppfyllde sitt initiala syfte.

Samtidigt som flera uttrycker att det var bra att det fanns flera chefsnivåer och verksamheter representerade i samverkansgruppen uttryckte några att det var en alldeles för stor gruppering.

Det tycks också ha funnits olika uppfattningar av samverkansgruppens syfte. Även om flera uttrycker en samsyn kring syftet förekommer också motstridiga beskrivningar:

¹¹ Kontaktbladet från Region Gävleborg med rubrik ”Behöver du eller någon nära dig stöd?” innehåller kontaktvägar till 1177 och olika vårdmottagningar och hälsocentraler relevanta för 0–18 åringar samt för vuxna.

"...å ena sidan en grupp för kommun och region att visa vad de genomfört men också samordna mediakommunikation och få till sänkta trösklar i vården, inte så mycket konkret för [andra verksamheter]"

"Det var som två spår: vad har vi att hantera just nu och hur jobbar vi i förlängningen med det här?"

Prioriterat, men ändå svårt i förhållande till annat som pågår

Några intervjupersoner uttryckte att det inte var svårt att prioritera dessa möten: "det prioriterade sig självt", medan andra uttryckte att mötena kom tätt och var svåra att kunna delta i samtidigt som en ska bedriva sin verksamhet/sina uppdrag. Någon uttryckte också att frågan inte passade för digitala möten, utan att det hade varit bättre att ses fysiskt.

Strukturerat, men inte tillräckligt

Samtidigt som samverkansgruppens möten av merparten uppfattades som tydliga och strukturerade är det någon som hade önskat en agenda inför möte; några som uttrycker att de saknade dokumentation så att en i efterhand kunnat läsa in sig på vad som faktiskt beslutades och någon som uttrycker att den ibland inte visste vem som var ansvarig för insatser som skulle göras.

Gemensam bild, men ingen information

Många intervjupersoner uttrycker att det i samverkansgruppen fanns en samsyn om såväl problembild som behov, och att det var värdefullt att dela information om vad som hänt och vad som pågår. Samtidigt uttryckte några att informationen var knapphändig, särskilt initialt, och ett par uttryckte att det fortfarande var oklart vad som hade hänt.

Tidigt, men: tidigare!

Samtidigt som flera uttrycker att det var bra med ett tidigt agerande och ett snabbt upprättande av samverkan har många intervjupersoner uttryckt att det borde ha initierats tidigare. Nästintill samtliga intervjupersoner funderar över om det hade varit möjligt att flagga ännu tidigare, och samlas för akut samverkan tidigare. Många uttrycker olika former av funderingar och rannsakan av sig själva och sin verksamhet: *vad hade de kunnat göra tidigare?; hur hade de kunnat se signaler tidigare?; och hur hade de i så fall kunnat agera på sådana signaler?* Några uttrycker också att de förutsatte att annan verksamhet skulle agera, eller att verksamheter redan hade kontakt med varandra, utan att de, vad det framgår av intervjuerna, hade signalerat något till dessa.

Snabbt, men rätt?

Samtidigt som många såg samverkansgruppen som handlingskraftig; att det fanns stort engagemang; att många initiativ togs och mycket hände, så frågar sig några om det var rätt saker som hände. Man funderar över evidens, sammanhållen linje och anpassningar utifrån målgruppens behov och var målgruppen befinner sig. Någon intervjuperson funderar över om arbetet blev alltför personbundet: kommunchefen hade många roller och uppdrag som andra kanske hade kunnat avlasta henne från.

"Jag tror att man kanske skulle nå ännu längre om det inte var så mycket olika, utan det fanns något samlande paraply före det"

”Upplevelsen var att det blev för mycket ad hoc-lösningar”

”Alla vill göra allt. Man behöver gå lite utanför sitt [ordinarie] område men samtidigt är det viktigt att man håller sig inom sitt område, annars blir det mer jobb och svårt att räkna till”

Rutiner finns, eller rutiner finns men nyttjades inte, eller fungerade inte

Några verksamheter beskriver att rutiner finns på plats, att de användes och fungerade väl i det akuta skedet. Andra beskriver att rutiner finns men att de inte fungerade i praktiken: de var för krångliga eller passade inte för den aktuella situationen.

Några beskriver också att rutiner, eller kännedom om rutiner, saknades. Detta framförallt kopplat till krisstöd. Ytterligare några intervjupersoner nämner att rutiner finns för hur den egna organisationen ska agera, men att det inte finns rutiner för hur att agera i samverkan: detta handlade framför allt om rutiner vid särskild händelse, för krisledning eller kriskommunikation.

”Normalt sett har vi liksom krisledning, men det här var ju en annan variant på något sätt, i samverkan.”

”Vi gick inte upp i stab, men det blev en form av stab ändå och vi använde vår kommunikator i beredskap för att hålla bevakning på frågan”

Vad har varit svårt/vilka hinder har uppstått?

Kommunikation upplevdes svårt och innebar flera avvägningar

Kommunikation har på olika sätt uttryckts som en svårighet av flertalet intervjupersoner.

Svårigheter har bestått av både hur en kommunicerar med unga i sin närhet och av extern kommunikation ut mot medborgare och media. Det uttrycktes en oro för att kommunikation kunde bidra till spridning och fler fall av suicid. Några intervjupersoner framförde att de saknar kunskap om hur en ska kommunicera vid suicid och flera uppfattas i intervjuerna fortfarande som oroliga kring vad man får och inte får säga.

Det fanns också reflektioner om brister i de interna informationsflödena från några verksamheter. Flera berättade att den första informationen kom via bekanta, rykten eller sociala medier, inte via formella informationsvägar. Någon berättar att personalen vid dennes verksamhet hade behövt få information via formella vägar för att veta vad som var sant och vad som inte var det. Intervjupersonen ser också att det hade varit nödvändigt att i ett tidigt skede träffa andra berörda verksamheter inom organisationen för att få uppdatering om vad som hänt, vad som gjorts och vad som skulle göras tillsammans. När detta inte skedde agerade olika verksamheter och medarbetare på egen hand, utan gemensamma beslut och utan samverkan med andra. Det ska också nämnas att annan verksamhet beskriver en väl fungerande intern informationsspridning. Detta har hanterats på olika vis och fallit olika väl ut i olika organisationer.

Svårigheter fanns också kopplat till att det var flera organisationer som ibland kommunicerade gemensamt och ibland enskilt. Av intervjuerna framgår det att det fanns olika förväntningar på vad som skulle göras gemensamt eller inte och att det förekom tillfällen när det var otydligt vem som ansvarade för eller skulle genomföra insatser.

Utifrån att arbetet gjordes gemensamt valde man att inte utgå från befintliga kommunikationsplaner eller upparbetade arbetssätt, som vanligen används i den egna organisationens kommunikationsarbete.

”Det fanns en känsla av att om man pratar eller gör någonting just nu så smittar det. Men jag kan för lite om det.”

”Vi är ju inte ens andra på bollen. Vi är tredje. Sociala medier går ut direkt. Allting gå så himla fort och det är så oerhört transparent.”

”En svårighet vi hade var hur vi skulle möta upp medborgare på ett lämpligt sätt. Att samtidigt som vi har anhöriga i djup kris och sorg också möta informationsbehovet från medborgare och media.”

”Jag vet inte mer än vad som har kommit via andra publika kanaler”.

Det var svårt att veta hur att nå unga

Samverkansgruppens syfte, så som det uttrycks av flertalet, var att möta upp de unga och förebygga fler fall av suicid. Flera intervjupersoner uttrycker dock att tydliga lärdomar från arbetet är att det är svårt att veta hur de ska nå ut till unga som målgrupp. Särskilt unga som står utanför skolan eller som inte har kontakt med kommunens eller regionens verksamheter är man frågande till hur man kan nå. Några intervjupersoner resonerade kring digitala kanaler: om bristande kunskaper om och ej tillräcklig närvaro på digitala kanaler/platser.

Deltagarnas inflytande och delaktighet

Några deltagare i samverkansgruppen upplevde sig vara mer på sidan: de beskrev sig inte som aktivt deltagande utan mer som åhörare och utan inflytande. Någon uttryckte att innehållet på mötena inte gick att påverka och någon annan uttryckte en känsla av att verksamheter som har kontakt ”rätt ut i ungdomsgrupperna” glömdes bort och deras kunskaper och kontaktvägar till de unga nyttjades inte.

”Det var tydligt vilka som ledde samordningen, inget som samverkansdeltagarna hade inflytande över. ... Det skedde egna möten med --- och --- eftersom det inte fanns utrymme på samverkansmötena.”

”Jag var ju lite på sidan om”

Samverkan i frågor som berörs av sekretess

Att det i samverkansgruppen inte gick att dela information om individer var ett hinder för att få en gemensam samsyn och bild. Intervjupersonerna uppger att de hittade vägar runt detta, exempelvis genom att de i samverkansgruppen kunde uttrycka om en verksamhet har eller saknar information, men frågor kvarstod vid intervjutillfällena.

Kartläggningen sågs som värdefullt av flera, men var också förenad med svårigheter. Utifrån att det var svårt att dela information mellan huvudmän, finns det fortfarande osäkerheter om det verkligen var de identifierade personerna som sedan fångades upp av hälso- och sjukvården. Detta hade kunnat besvaras om information hade kunnat delas på ett annat sätt. Det resonerades också i någon intervju om svårigheten att faktiskt veta vilken individ som är i risk, att någon/några kan missas i en sådan kartläggning som gjordes: alla visar inte tecken.

”Man är väldigt försiktig med vilken information som delas. Man säger bara: ”Vi har den informationen”, så det är på ett väldigt allmänt sätt, man kan ju inte prata namn eller så där, man blev inte så konkret.”

Anhörigas önskemål fick stor plats

Några intervjupersoner uttrycker att arbetet i samverkansgruppen har försvårats av att stor hänsyn har tagits till anhörigas önskemål samt att anhöriga har haft mycket skilda önskemål. Som exempel anges att samverkan i kommunikationsarbetet och vilka insatser som initierades har påverkats av hänsyn till anhörigas önskemål.

Kunskaper om och rutiner för krisstödgruppens aktivering saknades

Ett antal intervjupersoner, från separata verksamheter och organisationer beskrev att deras verksamhet behövde stöd från annan part, vid och efter det akuta skedet. Några verksamheter fick det, och någon uttrycker att de hade behövt mer.

Det beskrivs i intervjuerna att verksamheter känner osäkerhet inför och saknar kunskap om hur krisstödgruppen aktiveras: av vem den aktiveras och vad verksamheter kan göra när de upplever att de behöver stöd från krisstödgruppen. Någon visste inte om att den fanns.

I intervjuerna framkommer också att det saknas rutiner för krisstödgruppen i Bollnäs kommun och att det inom krisstödgruppen finns olika tolkningar av deras uppdrag och därför olika förväntningar på när den ska bli aktiverad.¹²

Intervjupersonernas lärdomar och förslag till förbättringar

Ett fortsatt arbete

Bland många olika lärdomar och förslag till förbättringar (som beskrivs nedan) är det många respondenter som uttrycker förhoppningar om att det arbete som initierats under februari är en lärdom i sig - och att det inte släpps: att arbetet hålls i och fortsätter på olika vis; att trösklar fortsätter vara låga; att resurser fortsätter att skjutas till; att prioriteringen och ansvarstagandet håller i.

”Jag hoppas att vi har lärt oss att det behöver vara lägre tröskel och att folk som söker vård får vård fortare, och att man med det också kan agera snabbare.”

”Det visar också att vi bryr oss, och att vi inte sänker garden”

Otillräckligt efterlevandestöd

Flertalet intervjupersoner understryker behovet av att anhöriga, efterlevande, ges stöd både vid den akuta krisen som uppstår vid ett suicid och efter detta. Det upplevs av det stora flertalet intervjupersoner som en brist.¹³ Detta uttrycks inte alltid i klartext av intervjupersonerna. Det formuleras istället som retoriska frågor; det beskrivs som en

¹² Krisstödgrupp aktiveras utifrån behov vid varje separat händelse. Det ingår inte i detta uppdrag att utreda om krisstödgrupp har/har inte aktiverats och om det i så fall varit ett riktigt beslut. För sådan utredning krävs beskrivning av behov i individuella fall, vilket inte ingår inom ramen för detta uppdrag.

¹³ Det ingår inte i detta uppdrag att utreda om efterlevandestöd har erbjudits och aktiverats. För sådan utredning krävs personuppgifter och journalgranskning av individuella fall, vilket kräver särskild behörighet och verktyg. Utredning av individuella fall ingår inte inom ramen för detta uppdrag.

uppgift som den egna verksamheten tog på sig trots att det ligger utanför dess uppdrag: ”eftersom vi såg att det behövdes”; och det beskrivs som en arbetsmiljöfråga när personalen inte vet om anhöriga får stöd.

Det uttrycks att det måste bli tydligt vem som ansvarar; vem en lämnar över till och vem som följer upp. Flera uttrycker också att det inte kan vara upp till den anhörige att söka stöd, utan att ett uppsökande arbete måste till och tider behöver bokas åt de efterlevande, av professionen.

”Hur fångar vi närstående på ett bra sätt? Efterlevandestödet i det akuta men också i det långsiktiga: hur säkrar man upp det? ... Hur kan vi känna oss trygga i att det fungerar?”

”Man har inte fångat upp familjens krishantering. Det har varit otroligt traumatiskt för de familjer som har blivit drabbade, och de vill gärna få en typ av uppföljning”

Tydliga rutiner och kontaktvägar

Flertalet intervjupersoner uttrycker att deras verksamheter behöver veta hur de ska göra vid en liknande situation. Det finns behov av tydliga rutiner, flöden och kontaktvägar.

Det handlar om: rutiner för samverkan vid kris, rutiner för kommunikation vid suicid, rutiner för stöd till efterlevande, rutiner för krishantering och krisstöd samt handlingsplaner för suicidprevention.

Rutiner för samverkan behöver exempelvis besvara frågeställningar såsom: Vilket ansvar har vår organisation/vår verksamhet? Vad styr oss i detta arbete? Vilka ska kallas in till samverkan? Av vem? När?

Flera intervjupersoner belyste behovet av att ha struktur för informationsdelning vid suicid: eftersom verksamheter så som primärvård, familjehälsa, vuxen- och barn- och ungdomspsykiatri kan behöva ha beredskap för att stärka sin verksamhet efter fall av suicid, exempelvis utifrån behov från anhöriga och efterlevande, idag inte får information om att det har skett.

Verksamheter efterfrågar också verktyg i form av kontaktvägar, checklistor och frågeformulär som stöd i sitt arbete, både vid en akut situation och i det ordinarie arbetet.

Kontaktvägar behöver bli tydliggjorda, även för verksamheter som är berörda men inte ingår i samverkansgruppen, som exempel anges elevhälsa på de respektive skolorna.

”Vi behöver ju veta: hur ska vi göra i en liknande situation?”

”Hur och av vem ska verksamhetschefen få formell information om allvarliga händelser som kan påverka verksamheten?”

”Ett konkret behov är att skolor ska veta vem de ska kontakta vid liknande händelser för att undvika informationsglapp.”

Tydliga rutiner också för krisstödgrupp

Några uttrycker särskilt behov av stärkta rutiner och kontaktvägar vid kris: med tydligare kriterier för när krisstödgruppen ska aktiveras samt gemensamt förankrad uppdragsförståelse inom krisstödgruppen: man behöver enas om uppdragets omfattning,

förväntningar och arbetsformer. Några uttrycker också behov av att få veta hur en får kontakt med krisstödgruppen och vem som kan aktivera den.

"Hur säkrar vi att det här goda samarbetet också sker i andra kommuner vid andra allvarliga händelser?"

Samverkan behövs

Flera intervjupersoner uttrycker att samverkan behövs, både vid akuta situationer och i det långsiktiga arbetet. Några uttrycker förhoppningar om att den initierade samverkansgruppen kommer att fortgå, andra uttrycker att det behöver finnas rutiner som (bland annat) beskriver vilka verksamheter som ingår; hur de sammankallas och när. Flera menar att det inte får vara en personbunden samverkan och att kontaktvägar som inte är personbundna behöver upprättas.

Hur samverkan bör se ut finns olika bilder av. Flertalet ser en vinning av att mötas och ha en gemensam bild som utgångspunkt för det förebyggande arbetet. Ett gemensamt forum eller gemensamma former för förebyggande arbete där en gemensam nulägesbild skapas och där en kan dela med sig av de problem eller den oro som respektive verksamhet upplever är efterfrågat. Att kunna signalera till andra verksamheter vad en ser, eller att kunna ta emot signaler från andra verksamheter om vad de ser är behov som uttrycks. Återkommande gemensamma träffar där region, kommun, polis, räddningstjänst, skolor, elevhälsa möts kring aktuella lägesbilder är ett förslag. Andra pekar istället ut särskilda verksamheter mellan vilka samverkan behöver startas eller stärkas, som exempel: mellan kommun och region; mellan skolor och region; mellan skolor; och mellan kommunens verksamheter.

"Ingen enskild aktör hade möjlighet att överblicka alla resurser ensam. Genom att samverka lyckades man komplettera varandra."

"Större träffar för lägeskoll: hur är vibbarna?; är det mycket droger nu; eller är det något annat som händer? Då kan alla ta med sig informationen hem till sig och bidra med sitt."

"Relationer mellan aktörer är avgörande och kombinationen av etablerade relationer och fungerande strukturer bidrar starkt till effektiv krishantering"

Internt arbete behövs också

Förbättringar efterfrågas också inom organisationer, mellan verksamheter. Någon intervjuperson uttrycker behov av ett mer horisontellt arbetsätt inom kommunen och skolområdet och menar att det kan gå att hitta gemensamma lösningar på ett annat sätt än idag. På motsvarande vis beskrivs också lärdomar där samverkan mellan verksamheter fungerat bra och som en styrka med arbetet i februari:

"Vi hade bra samarbete inom vårt vårdområde, med En väg in: kortare snabbare vägar. Vi öppnade fler tider, omfördelade personal, hade personal på helgen också. I vanliga fall en "bokningskalender" som fylls i, men nu hade vi direktkontakt och kunde ge möjlighet att akut komma samma dag"

"Det har inte varit riktigt tydligt i Bollnäs kommun med den regionala stödstrukturen ... det är inte tydligt nog ut i alla verksamheter, att vi måste följa den struktur som finns."

Samverkan behöver breddas

Några lyfter också att samverkan behöver breddas och även inkludera civilsamhällets aktörer: att samverkan behöver stärkas med föreningar och organisationer som möter ungdomar. Någon beskriver att det borde finnas ”En väg in” för ungdomar oavsett vilken verksamhet eller organisation som den har kontakt med: om det finns en upparbetad samverkan mellan organisationer behöver individer inte bollas omkring, istället kan professionen ta ansvar för att rätt verksamhet tar kontakt genom att ”aktivera” en annan aktör att ta kontakt i stället för att det läggs över på individen: en väg in.

”Civilsamhällets aktörer, så som idrottsföreningar, kyrkan och ideella organisationer har stor potential att bidra i det förebyggande arbetet då de möter många ungdomar och kan uppfatta tidiga signaler.”

Samverkan behöver prioriteras

Hur att prioritera samverkan även utanför akutfas är något som problematiseras av flera. Resurser måste till och långsiktighet måste finnas. Att skapa samma engagemang och ansvarstagande utanför den akuta fasen ses av några som svårt.

”Jag tror att framgången i det hela är att alla kraftsamlar, men det måste bli hållbart, så att man gör det på sikt också”

Stärkt förebyggande arbete

Vid intervjuerna ställdes frågor om lärdomar som kan vara av vikt för ett förebyggande arbete och samtliga intervjupersoner uttrycker behov av förebyggande arbete.

Det behov som intervjupersonerna uttrycker handlar så väl om riktad suicidprevention; bredare förebyggande eller främjande arbete för ungas psykiska hälsa; och stärkt samverkan mellan aktörer för att möjliggöra förebyggande arbete.

Någon uttrycker att inget förebyggande arbete pågår idag, andra ser att det finns men behöver stärkas.

”Vi jobbar ju inte förebyggande. ... Antingen räcker man inte till eller så ser man inte riktigt sitt uppdrag. Alla ser vikten av det – men det händer ju ändå inte”

Samverkan och förutsättningar för förebyggande arbete

Flera intervjupersoner resonerar kring hur det förebyggande arbetet ska kunna bli långsiktigt hållbart. Flera intervjupersoner beskriver att det förebyggande arbetet är beroende av många olika delar, och olika verksamheters olika bidrag, och några efterfrågar en funktion som håller samman arbetet.

Några intervjupersoner resonerar kring att det förebyggande arbetet kräver resurser, tydliga uppdrag samt riktning och efterfrågan från ledning. Resurser i form av personal och personalens tid understryks som avgörande från flera. Några lyfter fram att det var just att man sköt in resurser, prioriterade resurser eller omfördelade resurser, som gjorde arbetet under februari så lättjobbat.

Att ledning kontinuerligt efterfrågar arbete och följer upp vad som görs ges som förslag på hur ledning kan visa riktning och prioritet av arbetet, exempelvis genom att: följa

upp om suicidriskbedömningar genomförs; eller hur verksamheten agerar på psykisk ohälsa när det förekommer.

”Förebyggande till psykisk hälsa hänger ihop med så många andra delar och verksamheter.”

”Det är en ledarskapsfråga: det vi i ledning säger att vi vill mäta och följa upp, det visar riktningen: vad vi är intresserade av att organisationen gör”

”Det förebyggande arbetet behöver bli tydligt ut i verksamheterna”

Föreslagna insatser i det förebyggande arbetet

Det framförs i intervjuerna också konkreta förslag på åtgärder i det förebyggande arbetet. Några av dessa förslag är tydligt specificerade, så som: gemensamma föräldragrupper; införande av HLT-team utifrån förlaga i Ovanåkers kommun¹⁴; ett gemensamt frågebatteri för blåljuspersonal för att ställa relevanta frågor och kunna göra ännu tydligare överlämningar till hälso- och sjukvård. Andra förslag är mer övergripligt formulerade kring problemområden att angripa eller förhållningssätt att anta, så som: ”vi behöver rusta ungdomarna för livet” eller ”vikten av att se varje individ, att se barnen”.

Några intervjupersoner uttrycker att både professioner och vuxna i allmänhet behöver vara mer ”på tårna” kring unga och behöver att våga fråga, barn likväl som vuxna, om psykisk hälsa. Men, att fråga mer är inte nog, påpekar några: en behöver också [kunna] agera på det svar som ges, och för det krävs tydliga rutiner och kunskaper.

”Att ställa frågor i sin kontakt med patienter, att man lyckas fånga någonting annat: vad uttrycker patienten?; hur tar jag det vidare?; vad behöver jag reagera på? Där behövs utbildning.”

”Vi behöver fundera på varför ungdomar mår dåligt.”

Ökade kunskaper

Flera intervjupersoner uttrycker behov av ökade kunskaper. Det handlar om en bredd av olika kunskaper så som till exempel: till vem att vända sig till i behov av stöd; vad en kan säga till unga och medborgare vid fall av suicid; eller generella kunskaper om psykisk hälsa genom utbildningar så som Mental Health First Aid (MHFA) eller Psyk e-bas (och i något fall även ytterligare mer fördjupande utbildningar än så).

Det förslås också ökade kunskaper om och användande av redan existerande verktyg, framförallt om Orosanmälan och Samordnad individuell plan (SIP). Någon frågar sig om orosanmälan måste göras på en individ eller om den kan göras allmän; vart en skickar den och vem som då agerar på den?¹⁵ Någon annan nämner att fler och tidigare SIP-möten är verktyg att använda för att fånga upp riskindivider, och trycker på att alla

¹⁴ HLT står för hälsa, lärande och trygghet, där samverkar hälsocentraler, Barn- och familjehälsa, Barn-och ungdomshabilitering, förskola och socialtjänst. Blivande föräldrar eller föräldrar till barn 0–6 år erbjuds stöd samordnat och i samverkan mellan kommunens och regionens verksamheter.

¹⁵ Det är fullt möjligt. En orosanmälan som rör en hel grupp kan fungera som en signal till socialtjänsten att göra en mer övergripande analys. Det räcker med oro för att barn mår dåligt för att upprätta en orosanmälan, det behöver inte finnas bevis för att någon far illa. Socialtjänsten tar emot anmälan och gör en bedömning om situationen ska utredas vidare, vilket i ett sådant fall kan ge en mer strukturell utredning och insatser som genom är stödjande för eller genomförs i samverkan med andra aktörer och verksamheter.

parter behöver komma till de SIP-möten som de blir kallade till – även om personen det handlar om inte är aktuell i den egna verksamheten.

”Jag tror inte att alla våra verksamheter vet: om jag är orolig, vart hänvisar jag då?”

Hur nå ut till de unga?

Flera intervjupersoner har tankar om hur att nå ut till ungdomar. Någon problematiserar särskilt kring hur att nå unga män: hur kan kontaktvägar anpassas utifrån dem när de inte vill ringa, de vill chatta; när de vill ha digitala besök och kunna välja tillfället och personen själv?

Det finns också förslag på konkreta förbättringar som lätt kan förverkligas genom att nyttja verktyg som redan finns på plats: det framtagna kontaktbladet föreslås att fortsätta nyttjas framöver även i tryckt form i väntrum; den digitala tjänsten Min vård Gävleborg föreslås förberedas för att i akuta lägen kunna öppnas upp för chattar med svar i realtid, öppet för den som vill prata. Någon uttrycker också att:

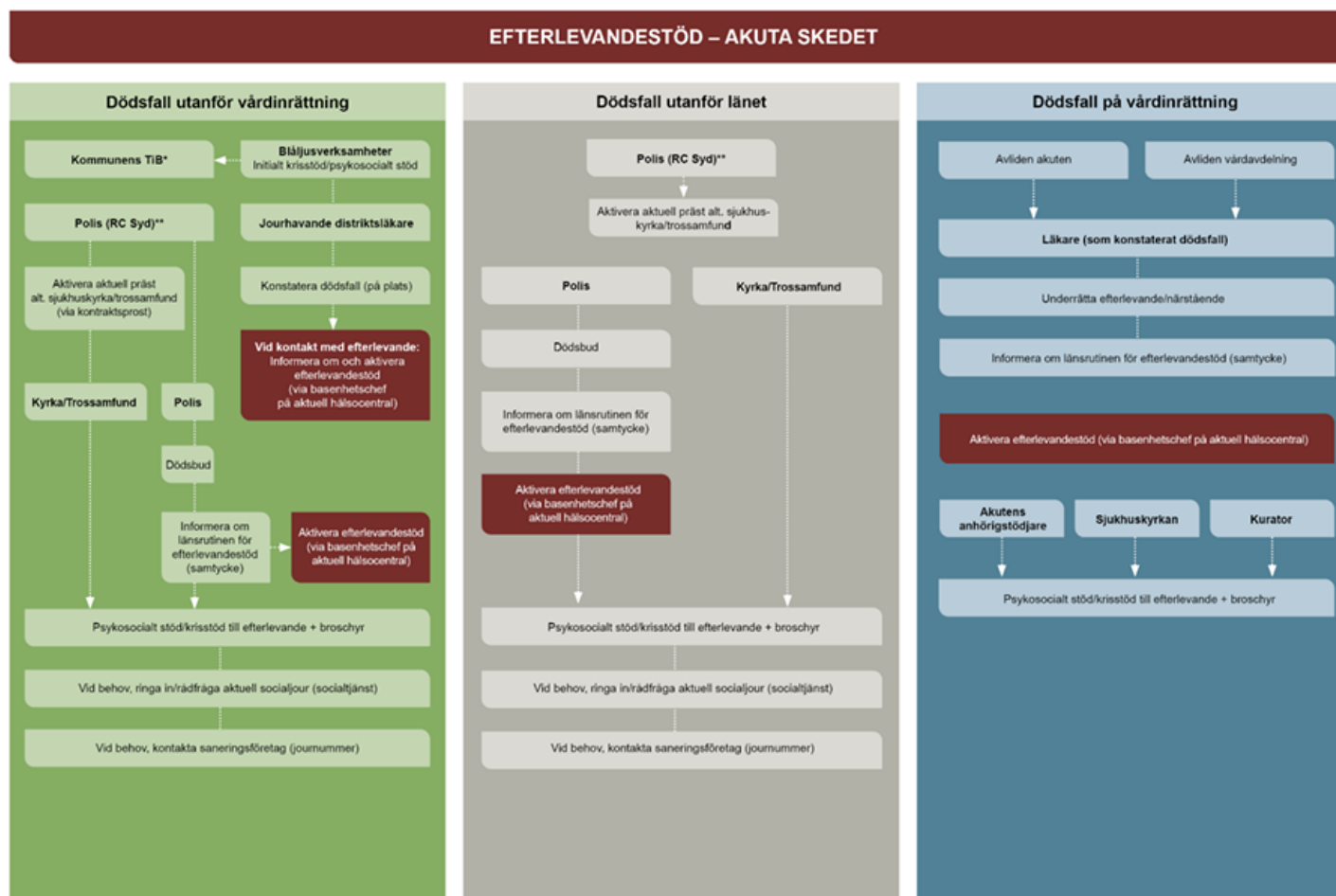
”Vår personal borde finnas på de digitala platserna där ungdomar finns, på samma sätt som de ibland finns på de fysiska platserna”.

Avslutningsvis

Lärdomarna och åtgärdsförslagen från intervjupersonerna som presenterats ovan utgör tillsammans med genomgång av befintliga rutiner; evidens och beprövad erfarenhet; samt nationella strategier och mål, grund för analys och förslag till åtgärder (se rapport).

Förbättringar är redan påbörjade

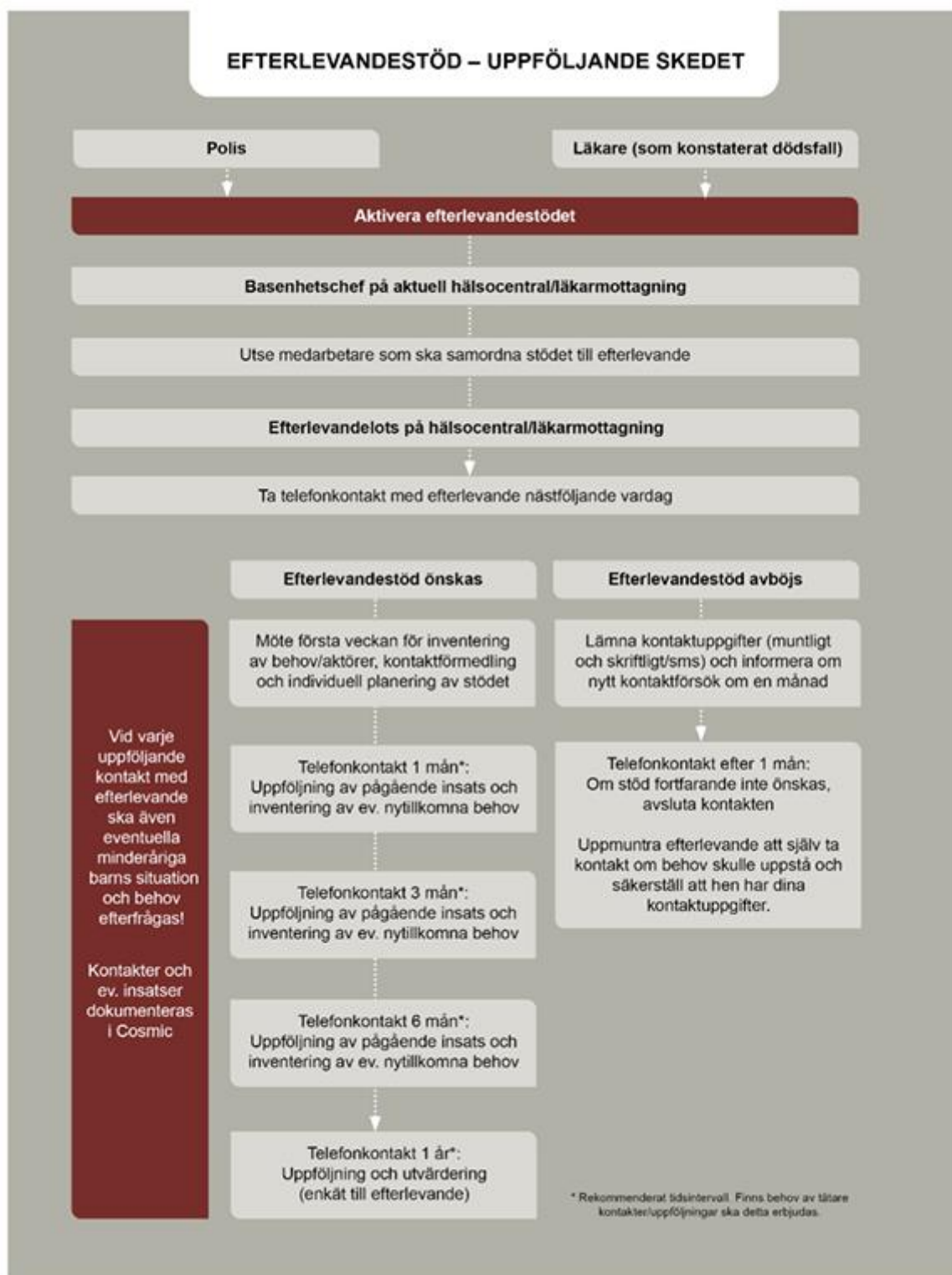
Det behöver samtidigt uppmärksammas att flera intervjupersoner beskriver hur de inom sina respektive verksamheter redan har utvecklat eller justerat sina arbetssätt; att översyn av rutiner pågår; och att interna utredningar och analyser av hur deras verksamhet fungerade vid dessa tillfällen har initierats, för att kunna justera och förbättra. Förbättringar pågår, och engagemanget för att göra bättre består.



* Vid behov av snabbare informationspridning till ex. förskola/skola, kan kommunens TiB (Tjänsteperson i Beredskap) aktiveras

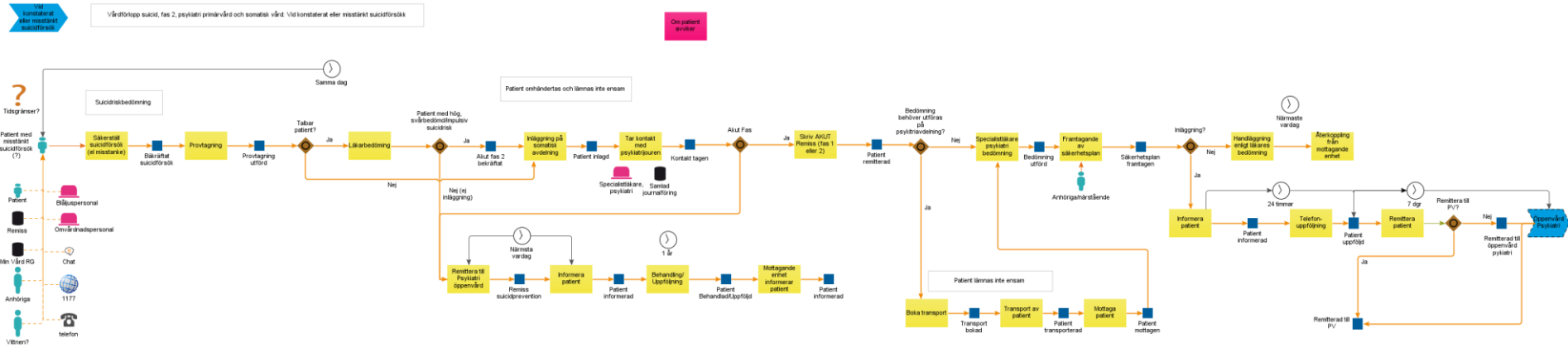
** RC Syd = Kalmar, Kronoberg, Skåne & Blekinge

Figur 2: Illustration av efterlevandestöd i det akuta skedet. Källa: [Efterlevandestöd vid suicid - För vårdgivare Region Kalmar län](#)
Kom tillbaka till texten via denna länk



EFTERLEVANDESTÖD MINDERÅRIGA – UPPFÖLJANDE SKEDET





Figur 3: Utkast processkarta, formulerad av medarbetare Utvecklingsenheten, Hälso- och sjukvårdens gemensamma resurser, Region Gävleborg, på uppdrag av Sakkunnig handläggare ledningsstöd.
[Kom tillbaka till texten via denna länk](#)



Figur 4: Illustration av tänkt struktur för suicidpreventivt arbete i Gävleborg. Bilden är framtagen med hjälp av Open AI utifrån promtade behov av samverksstruktur. [Kom tillbaka till texten via denna länk](#)

Referenser

- Centers for Disease Control and Prevention, 2024: CDC Guidance for Community Response to Suicide Clusters, United States, *Supplement*, February 29, 2024, Vol. 73(2).
- Centers for Disease Control and Prevention, 2024: CDC Guidance for Community Assessment and Investigation of Suspected Suicide Clusters, United States, *Supplement*, February 29, 2024, Vol. 73(2);8–16.
- Ericastiftelsen, odaterad, *När en skola berörs eller drabbas av självmord - För högstadiet och gymnasiet*.
- Folkhälsomyndigheten, 2025, [Att organisera suicidförebyggande arbete – lärdomar från tre län](#), Forskning om organisering av suicidförebyggande arbete. Artikelnr.:25050.
- Folkhälsomyndigheten, 2025, [Psykisk hälsa och suicid i Sverige 2024](#) Artikelnr.:25249.
- Folkhälsomyndigheten, 2023, [Befolkningsinriktade insatser kan förebygga suicid](#). Artikelnr.:23010.
- Folkhälsomyndigheten, 2023. [Folkhälsopolitikens målområde 8: En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård](#) Artikelnr.:25223-8.
- Folkhälsomyndigheten, 2023. [Stöd till efterlevande vid suicid - Samlad kunskap för yrkesverksamma](#). Artikelnr.:23126.
- Folkhälsomyndigheten, 2016. [Skolbaserad prevention kan minska suicidförsök och suicidtankar](#). Utblick Folkhälsa September 2016.
- Holmberg, J. *Navigering av hållbar omställning i sjukvården: Direktionalitet, djup systemförändring och dockning*. [Opubl. arbetsmaterial]. Chalmers tekniska högskola.
- Johansson, L. 2010. *Teenager fatalities: epidemiology and implications for prevention*. Doktorsavhandling, Umeå Universitet.
- Karolinska institutet, 2022. [Att förebygga självmord: Ett stödmaterial för yrkesverksamma inom media](#). Anpassad till svenska förhållanden av Nationellt centrum för Suicidforskning och Prevention (NASP).
- Karolinska institutet & Region Stockholm, odaterat. [Stöddokument för chefer och medarbetare Prevention av psykisk ohälsa och suicid på arbetsplatsen](#).
- Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP), Karolinska Institutet och Region Stockholm; 2025. *Självmondsstatistik för Gävleborg 2010–2023*.
- Palmberg Broryd, K, 2021. *Komplexitet – Enklare navigerat, bättre hanterat: så driver du utveckling i komplexa system*. Volante.

Regeringens proposition 2025/26:190 [En nationell utredningsfunktion för att förebygga suicid](#).

Regeringens skrivelse 2024/25:77 [Det handlar om livet – nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention](#).

Region Gävleborg, arbetsmaterial, publiceras 2026, *Hälsocentralernas förebyggande arbete - möjligheter och utmaningar*. RS 2025/1691.

Region Gävleborg, 2026, Lokal uppföljning av ungdomspolitiken (LUPP) [Kunskap om barn och unga](#).

Region Gävleborg, opublicerat arbetsmaterial, *Journalgranskning av samtliga suicid i Gävleborg år 2023 – 2024*.

Region Gävleborg, 2025, *Fördjupad analys av Region Gävleborgs sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete*. Underlag till Koncernledningens arbete med Koncernövergripande verksamhetsanalys 2026.

Region Gävleborg, 2024, Nulägesbeskrivning till Program för god och jämlik hälsa.

Region Gävleborg, 2022, [Program för god och jämlik hälsa \(regiongavleborg.se\)](#). RS 2022/25.

Region Gävleborg, 2021, [Jämlikt Gävleborg Rapport från Jämlikhetsutredningen](#).

Region Kalmar län, 2022, [Länsgemensam rutin för efterlevandestöd vid suicid i Kalmar län](#).

Rädda Barnen, 2025, [En ny En verklighet – Rädda Barnens barnfattighedsrapport Sverige 2025](#).

Suicide Zero, odaterat. [Beslutsstöd Socialtjänsten - Vid akut självmordsrisk eller misstanke/oro om självmordsrisk](#).

Suicide Zero, odaterat. [Beslutsstöd Skolan - Vid akut självmordsrisk eller misstanke/oro om självmordsrisk](#).

Suicide Zero, odaterat. [Beslutsstöd Skolan - Vid allvarlig självskada samt självmordsförsök](#).

Suicide Zero, odaterat. [Beslutsstöd Skolan - Vid fullbordat självmord](#).

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), 2025, [Att stödja god psykisk hälsa hos barn och ungdomar utvärdering av främjande och förebyggande program](#). Rapportnr.:401-23.

Statens offentliga utredningar SOU 2026:7 [Förstärkt uppföljning och utvärdering av folkhälsopolitiken - Regeringen.se](#).

Statens offentliga utredningar SOU 2024:66 [Livsviktigt lärande - fler vägar till kunskap för att förebygga suicid](#).

Hemsidor

Folkhälsomyndigheten:

[Det handlar om livet - Nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention;](#)

[Förebygg suicid - Folkhälsomyndigheten;](#)

[Psykisk hälsa - Folkhälsomyndigheten](#)

[Suicidprevention - Folkhälsomyndigheten;](#)

[Suicidprevention inom vård och omsorg - Folkhälsomyndigheten](#)

Kunskapsguiden:

[Suicid och suicidprevention - Kunskapsguiden](#)

Region Gävleborg:

[HLT-team - hälsa, lärande och trygghet - Region Gävleborg;](#)

[Vårdförlopp suicidprevention - Region Gävleborg](#)

Region Kalmar län:

[Efterlevandestöd vid suicid - För vårdgivare Region Kalmar län](#)

[Rapportmall vid suicidhändelser - Blåljusverksamheter](#)

Riksförbundet för Suicidprevention och Efterlevandestöd (SPES):

[Stödmaterial för suicidprevention | Riksförbundet för Suicidprevention och Efterlevandestöd](#)

Socialstyrelsen:

[Anmälan till socialtjänsten vid kännedom eller misstanke om att ett barn far illa -](#)

[Socialstyrelsen;](#)

[Psykisk ohälsa – målbild för vårdcentraler - Socialstyrelsen;](#)

[Suicid och suicidprevention - Socialstyrelsen;](#)

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering SBU:

[Stöd till anhöriga efter suicid](#)

Suicide Zero:

[Suicide Zero - För ett samhälle utan självmord](#)

Världshälsoorganisationen (WHO):

[Mental Health, Brain Health and Substance Use](#)

